

**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS**



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

BASES

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL

GESAL-004-042/2020

CONTRATACIÓN DE:
SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS

PARA EL:
**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE
PUEBLA**

FEBRERO DE 2020

ME HAGO RESPONSABLE DEL CONTENIDO TÉCNICO DE ESTA CONVOCATORIA Y SUS BASES

Karen Berlanga Valdés
**Directora General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla.**

| CALENDARIO | |
|---|--|
| FECHA DE PUBLICACIÓN DE LICITACIÓN | VIERNES 14 DE FEBRERO DE 2020 |
| PERIODO DE COMPRA DE BASES | A PARTIR DE LA FECHA DE LA CONVOCATORIA Y HASTA EL LUNES 17 DE FEBRERO DE 2020 A LAS 16:00 HORAS |
| ENVÍO DE DUDAS | A PARTIR DE LA FECHA DE CONVOCATORIA HASTA LAS 17:00 HORAS DEL LUNES 17 DE FEBRERO DE 2020 |
| JUNTA DE ACLARACIONES | EL JUEVES 20 DE FEBRERO DE 2020 A LAS 12:00 HORAS SALA DE JUNTAS DE LA CONVOCANTE |
| PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN LEGAL Y APERTURA DE PROPUESTAS TÉCNICAS | EL MIÉRCOLES 26 DE FEBRERO DE 2020 A LAS 12:00 HORAS SALA DE JUNTAS DE LA CONVOCANTE |
| COMUNICACIÓN DE EVALUACIÓN TÉCNICA Y APERTURA DE PROPUESTAS ECONÓMICAS | EL VIERNES 06 DE MARZO DE 2020 A LAS 12:00 HORAS SALA DE JUNTAS DE LA CONVOCANTE |
| COMUNICACIÓN DE FALLO (VÍA CORREO ELECTRÓNICO) | A PARTIR DE LAS 17:00 HORAS DEL MARTES 10 DE MARZO DE 2020 |

| ÍNDICE | |
|--|---|
| 1.- DEFINICIONES | 14.- FALLO |
| 2.- DESCRIPCIÓN GENERAL. | 15.- DESCALIFICACIÓN DE LOS LICITANTES |
| 3.- PODERES DE REPRESENTACIÓN Y ACREDITACIÓN DE PERSONAS FÍSICAS Y JURÍDICAS. | 16.- CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN. |
| 4.- ASPECTOS TÉCNICOS | 17. DECLARACIÓN DE LICITACIÓN Y/O PARTIDA DESIERTA O CANCELADA |
| 5.- ASPECTOS ECONÓMICOS | 18.- GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO. |
| 6.- ASPECTOS INFORMATIVOS | 19.- CONTRATOS. |
| 7.- GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA. | 20.- MODIFICACIÓN DE LOS CONTRATOS |
| 8.- PREGUNTAS PREVIAS A LA JUNTA DE ACLARACIONES. | 21.- RESCISIÓN DEL CONTRATO. |
| 9.- JUNTA DE ACLARACIONES. | 22.- LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO. |
| 10.- PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN LEGAL Y APERTURA DE PROPUESTAS TÉCNICAS. | 23.- SANCIONES Y PENAS CONVENCIONALES |
| 11.- EVALUACIÓN TÉCNICA. | 24.- PAGO. |
| 12.- COMUNICACIÓN DE EVALUACIÓN TÉCNICA | 25.- ASPECTOS VARIOS. |
| 13.- APERTURA DE PROPUESTAS ECONÓMICAS | 26.- INCONFORMIDADES |

| ANEXOS |
|---|
| ANEXO A: CARTA MODELO ARTÍCULO 77, ESTATUTOS GENERALES Y ESCRITO PODER |
| CÁRATULA DEL ANEXO B |
| ANEXO B: FORMATO PROPUESTA TÉCNICA |
| ANEXO B1: FORMATO CURRÍCULUM DEL LICITANTE |
| ANEXO C: FORMATO PROPUESTA ECONÓMICA |
| ANEXO D: FORMATO GARANTÍA (FIANZA) DE SERIEDAD DE PROPUESTA |
| ANEXO E: FORMATO GARANTÍA (FIANZA) DE CUMPLIMIENTO |
| ANEXO F: FORMATO ELABORACIÓN DE PREGUNTAS |
| ANEXO G: FORMATO CARTA DATOS GENERALES |
| ANEXO H: FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INICIO DE SERVICIO (PARTES 1 Y 2) |
| ANEXO 1: ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL SERVICIO |
| ANEXO 2: LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS |
| ANEXO 3: ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA Y RAYOS X |
| ANEXO 4: ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS TEPEACA |

| |
|--|
| ANEXO 5: ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS TEXMELUCAN |
| ANEXO 6: ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS CIUDAD SERDÁN |
| ANEXO 7: ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS ATLIXCO |
| ANEXO 8: ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS TEHUACÁN |
| ANEXO 9: ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS HUAUCHINANGO |
| ANEXO 10: ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS TEZIUTLÁN |
| ANEXO 11: SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA |
| ANEXO 12: RECURSOS FÍSICOS DE APOYO AMBULANCIAS BÁSICAS |
| ANEXO 13: RECURSOS FÍSICOS DE APOYO AMBULANCIAS CUIDADOS INTENSIVOS |
| ANEXO 14: INFORME MENSUAL DE TRASLADOS |
| ANEXO 15: DIRECTORIO DE RESPONSABLES |
| ANEXO 16: DIRECTORIO DEL PERSONAL |
| ANEXO 17: SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EN TEHUACÁN |
| ANEXOS 18 AL 44: ANEXOS ECONÓMICOS |
| MODELO DE CONTRATO |

RECOMENDACIONES

Se recomienda leer cuidadosamente las bases ya que la omisión de algún requisito es causa de descalificación, asimismo ser puntuales a los eventos de la presente licitación.

En cumplimiento a lo ordenado por la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, en su Artículo 108, 31 fracción III, 34 fracción XXII y Décimo transitorio de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, así como en lo dispuesto en los Artículos 15 fracción I, 16, 47 fracción IV inciso b), 67 fracción V, 80, 82 primer párrafo, 108 y demás relativos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal y en el Artículo 52 de la Ley de Egresos del Estado de Puebla para el Ejercicio Fiscal 2020, de conformidad con los Artículos 10 fracción III y 69 del Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Administración, se emiten las siguientes:

**Bases para la Licitación Pública Nacional
GESAL-004-042/2020
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS
PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE
LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**

1.- DEFINICIONES.

Para los efectos de las presentes bases, se dan las siguientes definiciones:

1.1.- BASES: El presente documento, en conjunto con sus anexos y demás, mismos que contienen los conceptos, prevenciones, especificaciones, requisitos, motivos de descalificación y requerimientos, sobre los que se regirá la presente Licitación Pública Nacional y que serán aplicados para la contratación del servicio que se oferte.

1.2.- CONVOCANTE: Secretaría de Administración del Gobierno del Estado de Puebla a través de la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios de la Unidad de Contrataciones de Bienes, Servicios y Obra de la Subsecretaría de Administración.

1.3 CONTRATANTE: Instituto De Seguridad Y Servicios Sociales De Los Trabajadores al Servicio De Los Poderes Del Estado De Puebla

1.3.1- ADMINISTRADORA DEL CONTRATO: Departamento de Administración de Servicios Subrogados de la Contratante.

1.3.2 VERIFICADOR DEL CONTRATO: Jefatura de la Unidad de Servicios Médicos Foráneos de la Contratanteg.

1.4.- CONVOCATORIA: La publicación legal hecha en los términos de los Artículos 78 y 79 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, así como las modificaciones que al efecto se hicieren a la misma.

1.5.- DOMICILIO DE LA CONVOCANTE: Planta Baja del Edificio que ocupa la Secretaría de Administración, Avenida 11 Oriente número 2224 en la Colonia Azcárate, de la Ciudad de Puebla, Puebla.

1.6.- DOMICILIO DE LA CONTRATANTE: Calle Venustiano Carranza No. 810, Colonia San Baltazar Campeche Puebla, Pue., Código Postal 72550.

1.7.- FINALIDAD DE LA LICITACIÓN: La presente Licitación Pública Nacional tiene como objeto atender los requerimientos de la contratante.

1.8.- LEY: La Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal vigente.

1.9.- LICITACIÓN: La Licitación Pública Nacional **GESAL-004-042/2020.**

1.10.- FUNCIÓN PÚBLICA: El Órgano Interno de Control en la Secretaría de Administración.

1.11.- LICITANTE: La persona física o jurídica que participe en la licitación de conformidad con lo que establecen las presentes bases.

1.12.- LICITANTE ADJUDICADO: La persona física o moral que resulte adjudicado conforme al fallo de las presentes bases.

1.13.- PROPUESTA: Proposición técnica o económica que se expone en esta Licitación conforme a las presentes bases, para su análisis y valoración en todos sus aspectos.

1.14.- PROVEEDOR.- La persona física o moral que celebre contratos de adquisiciones, con la contratante como resultado de la presente Licitación.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA LICITACIÓN:

2.- DESCRIPCIÓN GENERAL.

2.1.- CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA, según cantidades, especificaciones y características descritas en el **ANEXO 1** de las presentes bases.

2.2.- El carácter de esta licitación es: **NACIONAL.**

2.3.- El origen de los recursos es: **PROPIO.**

2.4.- CONSULTA Y COMPRA DE BASES.

2.4.1.- PERIODO PARA ADQUIRIR BASES: DEL VIERNES 14 AL LUNES 17 DE FEBRERO DE 2020, EN UN HORARIO DE 9:00 A 16:00 HORAS

2.4.2- CONSULTA DE BASES: Se podrán consultar a través de la página: <http://licitaciones.puebla.gob.mx/> o en la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios, ubicada en la planta baja del domicilio de la Convocante, **DEL VIERNES 14 AL LUNES 17 DE FEBRERO DE 2020,** en días hábiles y en un horario de **9:00 a 16:00 horas.**

2.4.3.- GENERACIÓN DE ORDEN DE COBRO Y PAGO DE BASES: Para adquirir las bases de la presente licitación deberán efectuar el pago de las mismas dentro del periodo comprendido en el punto **2.4.1.** Bajo los siguientes datos:

2.4.3.1.- GENERACIÓN DE ORDEN DE COBRO: Para poder realizar el pago, se deberá solicitar la generación de la “orden de cobro”, previa presentación del **ANEXO G** de las bases debidamente llenado, así como copia de la constancia de situación fiscal actualizada al año 2020 del licitante y de la identificación oficial **VIGENTE** (credencial del IFE/INE, PASAPORTE CARTILLA MILITAR O CÉDULA PROFESIONAL) de la persona que realiza el trámite y firma el Anexo G. Esta orden de cobro se expedirá **EN LAS INSTALACIONES DE LA CONVOCANTE DEL VIERNES 14 AL LUNES 17 DE FEBRERO DE 2020,** en un horario de 9:00 a 16:00 horas.

2.4.3.1.1.- En el caso de los licitantes QUE NO ESTÉN EN POSIBILIDAD DE ACUDIR A LAS OFICINAS DE LA CONVOCANTE, deberán solicitar la generación de la “Orden de Cobro” enviando el ANEXO G de las bases debidamente llenado **ASÍ COMO COPIA DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL ACTUALIZADA AL AÑO 2020 DEL LICITANTE Y DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE (CREDENCIAL DEL IFE/INE, PASAPORTE, CARTILLA MILITAR O CÉDULA PROFESIONAL) DE LA PERSONA QUE REALIZA EL TRÁMITE Y FIRMA EL ANEXO G** al siguiente correo:

jesica.tovar@puebla.gob.mx

Por esa vía, se podrá generar la orden de cobro y les será enviada su referencia de pago. **Sólo se generará dicha orden DEL VIERNES 14 AL LUNES 17 DE FEBRERO DE 2020** en un horario de 9:00 a 16:00 horas.

Queda bajo la responsabilidad de los licitantes confirmar la recepción de su solicitud al teléfono (222) 2 29 70 00 /13/ /14/ ext. 5033.

Una vez que se obtenga la “Orden de Cobro”, el pago deberá efectuarse en los bancos autorizados

en dicha orden, antes del vencimiento del periodo establecido para el PAGO DE BASES, señalado en el punto 2.4.3.2.

2.4.3.2.- PAGO DE BASES: Una vez obtenida la Orden de Cobro, se deberá pagar el monto establecido en el punto 2.4.4 en los bancos referidos en dicha orden teniendo como fecha límite el **LUNES 17 de FEBRERO de 2020.**

2.4.4.- COSTO DE BASES: \$2,800.00 (DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS 00/100 M. N.) pagaderos en las instituciones bancarias señaladas en la orden de cobro.

2.4.5.- Para la consulta, generación de orden de cobro y pago de bases de esta licitación, se deberá respetar el período y horarios mencionados en los puntos **2.4.2 y 2.4.3.2.**

2.4.6.- Es requisito indispensable para participar en la presente licitación la adquisición de las bases y en ningún caso el derecho de participación será transferible.

Se les reitera a los licitantes que el trámite de solicitud de Generación de Orden de Cobro para poder efectuar el Pago de Bases debe realizarse a través de la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios, de conformidad con lo establecido en el punto 2.4.3.1. de las bases.

2.4.7.- INTEGRACIÓN DE LAS PROPUESTAS. El licitante deberá presentar tres (3) sobres o empaques debidamente cerrados, sellados con cinta adhesiva e identificado con nombre del licitante, número de licitación **GESAL-004-042/2020** y número de sobre; en el lugar y fechas establecidas en el punto **10** de estas bases.

2.4.8.- Previo a la apertura de los tres sobres, el licitante deberá presentar **fuera de los sobres la constancia de no inhabilitado vigente** para participar en procedimientos de adjudicación.

Lo anterior ***“Conforme al ‘Acuerdo de la Secretaría de la Contraloría por el que se dan a conocer las formas en que se podrá tramitar la constancia de no inhabilitado de personas físicas y/o jurídicas,***

para participar en procedimientos de adjudicación o para suscribir contratos de obra pública o servicios relacionados con la misma, de adquisición arrendamientos o servicios del sector público estatal, publicado en el Periódico Oficial del Estado en fecha 27 de mayo del año 2011, las personas físicas o jurídicas que pretendan participar en algún procedimiento de adjudicación o contratación en la materia de Obra pública, servicios relacionados con la misma, adquisiciones, arrendamientos o servicios deberán tramitar ante la Secretaría de la Función Pública, la Constancia de No Inhabilitado de personas físicas y/o jurídicas.

No podrán participar en ningún procedimiento de adjudicación o contratación que realicen las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, las personas físicas o jurídicas que no presenten la Constancia de No Inhabilitado de personas físicas y/o jurídicas. Dicha constancia tendrá una Vigencia de 30 días naturales a partir del día de su expedición.

La Secretaría de la Función Pública, previo pago de derechos del servicio y en los casos que resulte procedente, entregará al solicitante la “Constancia de No Inhabilitado de personas físicas y/o jurídicas” a que se refiere el acuerdo respectivo, la cual deberá tramitarse en la Planta Baja del Edificio Sur del Centro Integral de Servicios ubicado en Vía Atlxycayotl 1101, Col. Reserva Territorial Atlxycayotl, en caso de duda, podrán comunicarse al teléfono: (222) 3-03-46-00 exts. 30134 y 30102 o bien, será expedida en los casos que resulte procedente a través de la página www.puebla.gob.mx realizando los siguientes pasos:

1. Menú: “Trámites”
2. Ícono: “Negocios y empresas”
3. Constancia de no inhabilitación de adjudicación para proveedor o contratista.
4. Iniciar (clic)

El **PRIMER SOBRE** deberá contener:

3.- PODERES DE REPRESENTACIÓN Y ACREDITACIÓN DE PERSONAS FÍSICAS O MORALES.

EN LA PRESENTE LICITACIÓN LOS LICITANTES DEBERÁN INCLUIR TODOS LOS DOCUMENTOS DEBIDAMENTE FIRMADOS, PARA LA PRESENTACIÓN DE SUS PROPOSICIONES, DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

3.1.- Dos Copias simples legibles y original para cotejo de los siguientes documentos:

A) PERSONA FÍSICA

- Acta de Nacimiento de la persona física que firma la propuesta.
- Registro Federal de Contribuyentes o en su defecto deberá anexar constancia de situación fiscal actualizada al año 2020 (copia simple legible, si es por vía electrónica, con la liga digital correspondiente).
- Identificación Oficial con fotografía (**IFE/INE, PASAPORTE, CARTILLA MILITAR O CÉDULA PROFESIONAL VIGENTE**) de la persona que firma.

B) PERSONA MORAL

- Registro Federal de Contribuyentes o en su defecto deberá anexar constancia de situación fiscal actualizado al año 2020 (copia simple legible, si es por vía electrónica, con la liga digital correspondiente).
- Acta Constitutiva de la Empresa; en caso de que hubiese modificaciones sustantivas a los estatutos, deberán presentar las dos últimas. Resaltando, preferentemente, en qué consiste la modificación (El objeto social indicado en el acta constitutiva de la empresa, deberá coincidir o estar relacionado con los servicios, motivo de esta Licitación).
- Poder Notarial de la persona con poder general para Actos de Administración y/o poder especial para participar en Procedimientos de Adjudicación, con facultades para presentar y firmar propuestas, en **tamaño carta**;
- Identificación Oficial con fotografía (**IFE/INE, PASAPORTE, CARTILLA MILITAR O CÉDULA PROFESIONAL VIGENTE**) de la persona que firma, y

En caso de que la persona que asista no tenga a su nombre el Poder Notarial o no lo presente, deberá

acreditar su personalidad mediante la presentación de una Carta poder simple debidamente requisitada para acudir en su representación a los eventos de Presentación de Documentación Legal y Apertura de Propuestas técnicas, Apertura económica y Fallo, **debiendo anexar invariablemente original para cotejo y copia simple legible de la identificación oficial vigente de quien otorga el poder y de quien recibe.**

La Carta Poder simple deberá presentarse **sólo en original, dentro del fólder de copias** y deberá contener los siguientes elementos:

- Nombre y firma del otorgante;
- Nombre y firma de quien recibe el poder;
- Debe hacer referencia al procedimiento de licitación correspondiente
- Nombre y firma de 2 testigos.

3.2.- Carta original dentro del fólder de copias dirigida a la Convocante, (de acuerdo al ANEXO A) indicando el procedimiento **GESAL-004-042/2020**, en hoja membretada, numerada o foliada, suscrita y firmada por el representante legal de la empresa, en la que manifieste bajo protesta de decir verdad:

A) PERSONA FÍSICA

- Que no me encuentre en ninguno de los supuestos del artículo 77 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
- Que conozco en su integridad y manifiesto mi conformidad con todos y cada uno de los puntos y requisitos esenciales establecidos en el presente procedimiento **GESAL-004-042/2020**.
- Que sujeto la información proporcionada en la documentación legal, en la propuesta técnica y económica a la evaluación de la Convocante y la Contratante.
- Soy: **MICRO, PEQUEÑA, MEDIANA o GRANDE** empresa. (Especificar el tamaño de empresa), o

B) PERSONA MORAL

- Cuento con facultades suficientes para suscribir a nombre de mi representada la propuesta correspondiente.
- Que el poder con el que acredito mi representación no me ha sido revocado ni limitado en forma alguna.
- Que no me encuentro en ninguno de los supuestos del artículo 77 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
- Que conoce en su integridad y manifiesta su conformidad con todos y cada uno de los puntos y requisitos esenciales establecidos en el presente procedimiento **GESAL-004-042/2020**.
- Que sujeto la información proporcionada en la documentación legal, en la propuesta técnica y económica a la evaluación de la Convocante y la Contratante.
- Manifiesto que mi representada es: **MICRO, PEQUEÑA, MEDIANA o GRANDE** empresa. (Especificar el tamaño de empresa).

3.3.- Copia simple del Registro en el Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado de Puebla, vigente.

- En caso de que el licitante no se encuentre inscrito o actualizado en el Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado, deberá presentar carta en original en hoja membretada del licitante, debidamente sellada (obligatorio en caso de ser persona moral) y firmada por el representante legal, dirigida a la convocante y haciendo referencia al presente procedimiento **GESAL-004-042/2020**, en la que se compromete en caso de que se le adjudique el contrato, a iniciar los trámites ante la Secretaría de la Función Pública, para inscribirse o actualizarse en dicho Padrón.

EN LA PRESENTE LICITACIÓN LOS LICITANTES PODRÁN INCLUIR PREFERENTEMENTE, PARA LA PRESENTACIÓN DE SUS PROPOSICIONES, LO SIGUIENTE:

3.4.- Documento vigente expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) sobre la opinión de

cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social en sentido positivo; la cual deberá tramitar el proveedor en la página www.imss.gob.mx.

3.5.- Documento emitido por el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), con antigüedad no mayor a 30 días naturales en el se haga constar que el proveedor no tiene adeudos con el organismo, debidamente firmado; en términos del *Acuerdo del H. Consejo de Administración del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores por el que se emiten las Reglas para la obtención de la constancia de situación fiscal en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio de 2017.

3.6.- Constancia de no adeudo relativa al cumplimiento formal de obligaciones y la inexistencia de créditos fiscales expedida por la Secretaría de Planeación y Finanzas vigente. (De acuerdo al artículo 29 apartado C fracción II de la Ley de Ingresos del Estado de Puebla, para el Ejercicio Fiscal 2020 y el artículo 24 E del Código fiscal del Estado de Puebla).

3.7.- Se solicita a todos los licitantes que la documentación legal, original y copia solicitada según sea el caso, se presente preferentemente señalada (las copias con marca-textos) para su rápida identificación, en un solo sobre o paquete cerrado y sellado con cinta adhesiva, debidamente identificado con el nombre del licitante, número de licitación y la leyenda "Documentación legal o Sobre 1", de la cual los originales o copias certificadas estarán en un folder y las copias simples en tamaño **carta** en folder con broche baco (cada juego de copias en un folder), dentro del sobre o paquete, respetando en ambos casos el orden de presentación. **LA DOCUMENTACIÓN NO DEBERÁ PRESENTARSE ENGRAPADA NI DENTRO DE MICAS TRANSPARENTES.**

3.8.- En caso de que el licitante no presente la copia simple de algún documento, podrá, de así considerarlo pertinente y bajo su propio riesgo, dejar el documento original para copia y cotejo por parte de la Convocante, pudiendo solicitar su devolución hasta el día hábil posterior a la emisión del fallo de la licitación.

4.- ASPECTOS TÉCNICOS

El **SEGUNDO SOBRE**, debidamente sellado con cinta adhesiva e identificada con nombre del licitante, número de licitación y con la leyenda “Propuesta Técnica” o Sobre 2, deberá contener:

4.1.- PROPUESTA TÉCNICA.

4.1.1.- La propuesta técnica (**CARÁTULA DEL ANEXO B y ANEXO B**) así como demás cartas y documentos solicitados, que se anexen a la misma invariablemente deberán estar impresos en papel original membretado del licitante, y deberán presentarse en original y copia, indicando el número de la presente Licitación **GESAL-004-042/2020** dirigido a la convocante, **contener sello (obligatorio en caso de ser persona moral) y firma al calce en todas y cada una de las hojas por la persona autorizada para ello** conforme al poder notarial, debiendo la última hoja además, contener el nombre y puesto del representante legal del licitante y encontrarse dentro del segundo sobre, en caso de no cumplir con estos requisitos, la propuesta será descalificada. El licitante deberá considerar que la falta de alguno de los elementos mencionados en este punto, será total responsabilidad del mismo. Todo en original y copia debidamente separados, en diferentes recopiladores de dos argollas, debiendo los dos tantos ser exactamente iguales, tanto en anexos, cartas, etc. y separando los originales de las copias. **LA DOCUMENTACIÓN NO DEBERÁ PRESENTARSE ENGRAPADA NI DENTRO DE MICAS TRANSPARENTES.**

4.1.2.- Aquellos documentos que formen parte de la propuesta técnica y que por su misma naturaleza no puedan ser modificados o alterados, se acepta que se presenten en su forma original, con copia simple para su cotejo, copias que deberán estar **foliadas, selladas (obligatorio en caso de ser persona moral) y debidamente firmadas** por la persona autorizada para ello conforme al poder notarial; **la devolución de los originales o copias certificadas para cotejo serán devueltas hasta el día hábil posterior a la emisión del fallo de la licitación.**

4.1.3.- La propuesta técnica (**CARÁTULA DEL ANEXO B y ANEXO B**), estarán debidamente

capturadas en formato **Word** en 2 dispositivos **USB**, los cuales serán proporcionados por el licitante.

Es importante que el licitante verifique antes de incluir su dispositivo en el sobre, que éste no esté en blanco sin información, que no contenga virus, que el mismo esté identificado con el nombre del licitante, número de licitación y “Propuesta Técnica”, que la información solicitada se encuentre debidamente capturada, no escaneada, no presentar el formato como imagen, a renglón seguido no dividir la tabla y que no tengan problemas para leerse. Lo anterior con el objeto de que la misma se pueda plasmar en el Acta correspondiente del evento señalado en el punto 10 de estas bases.

4.2.- Todas las características y especificaciones que se manifiesten en su Propuesta Técnica (**ANEXO B**) deberán basarse invariablemente en lo requerido en el **ANEXO 1**, atendiendo también a la establecido, en su caso en la Junta de Aclaraciones; no cumplir con lo anterior será causa de descalificación.

4.3.- **PERIODO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:** Será del **día hábil siguiente a la formalización de los contratos hasta el 31 de diciembre de 2020.**

4.3.1.- El contrato derivado del presente procedimiento se realizará en la modalidad de contrato abierto; lo anterior con fundamento en el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, por lo que la Contratante se obliga a adquirir los montos mínimos requeridos, quedando los máximos sujetos en función de las necesidades y suficiencia presupuestal de la misma.

4.4.- **PERIODO DE GARANTÍA:** Deberá ser **durante la vigencia del contrato.**

4.5.- Los datos anteriores deberán estar asentados en la propuesta técnica. (Puntos 4.3 y 4.4) **VER ANEXO B.**

4.6.- **REQUISITOS TÉCNICOS QUE COMPLEMENTAN Y CONFORMAN LA PROPUESTA TÉCNICA:** Deberá anexar a su Propuesta Técnica (tanto en el original como en la copia) dentro del segundo sobre lo siguiente:

4.6.1.- Los licitantes deberán presentar currículum en hoja membretada de la empresa en el que indiquen su experiencia de por lo menos **2 años** en la prestación de servicios iguales o similares a los requeridos, de acuerdo con el anexo **B1** en el cual se incluya, copia simple de **2 facturas** y/o contratos expedidos por los licitantes celebrados durante los últimos años, sin exceder de tres, en los que compruebe la prestación de servicios iguales o similares a los requeridos. **(Aplica para todas las partidas.)**

REQUISITOS QUE APLICAN PARA LAS PARTIDAS DE LA 1 A LA 13:

4.6.2.- Los licitantes deberán presentar currículum del personal que participe en la prestación de los Servicios contratados, acompañando copia simple legible del título o equivalente, y/o cédula profesional que compruebe el grado de estudios del personal, así como constancias, cursos o diplomas, que comprueben la experiencia mínima requerida del personal, lo cual será conforme a lo siguiente:

Un responsable sanitario de laboratorio clínico (anexando copia simple legible del documento que lo avale con ese grado) que podrá ser:

a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico y mínimo 2 años de experiencia en el área técnica, comprobable con documentos oficiales (con copia simple legible ya sea del título y/o cédula y/o diplomas y/o certificados o,

b) Médico cirujano mínimo 2 años de experiencia en el área técnica, comprobable con certificado vigente de la especialidad en patología clínica, expedido por el Consejo correspondiente o constancia de grado de maestría o doctorado en las áreas de laboratorio clínico, expedida por la Institución Educativa competente, documento que deberá ser presentado en copia simple legible o,

c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo.

4.6.3.- Los licitantes deberán de presentar uno de los siguientes documentos:

a) Comprobante de domicilio que corresponda al

inmueble en el cual cuente con las instalaciones el cual deberá ubicarse en la Ciudad o Municipio en que deban prestarse los servicios solicitados, con una antigüedad no mayor a 3 meses (copia simple legible) o,

b) Constancia de Situación Fiscal vigente. (copia simple legible) o,

c) Contrato de arrendamiento, (copia simple legible)

4.6.4.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que manifieste que conoce y cumple con las siguientes normas mexicanas:

a) NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

b) NOM-016-SSA3-2012, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

c) NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

d) NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

e) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

4.6.5.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que se comprometa en caso de resultar adjudicado a lo siguiente:

a) El personal técnico o profesional designado para la

realización de los estudios, deberá informar (previo a la realización de éste) de manera clara, completa, veraz y oportuna lo relacionado con el estudio al derechohabiente o beneficiario.

b) Realizar la colecta de muestras en las unidades médicas y tomadas por el personal de la contratante. Cuando son de emergencia (biometría hemática). El personal designado deberá portar gafete de identificación, ya que en caso contrario no podrá recoger muestra alguna.

c) Tomar las muestras de los estudios detallados en el **ANEXO 2**, de acuerdo a lo solicitado en la descripción de la partida.

d) Entregar el informe quincenal de los resultados de los estudios detallados en el **ANEXO 2**, respectivamente, al Director de la Región y al o los médicos responsables de los pacientes de manera impresa (en sobre cerrado) y electrónica del diagnóstico.

e) En ningún momento considerará la contratante como intermediario de su personal, eximiéndolo en consecuencia de cualquier responsabilidad laboral, física y de seguridad social que al respecto pudiera existir por la contratación del servicio.

f) Asumir la responsabilidad civil que en su caso se origine por daños a la salud de los derechohabientes o beneficiarios por ejemplo, entre otros, atribuibles al mal funcionamiento del equipo o la falta de calidad de los insumos, determinado por la autoridad competente.

g) Garantizar el servicio en cuanto a su correcta funcionalidad durante la vigencia del contrato contra defectos y vicios ocultos, entre otros.

h) Guardar confidencialidad de la información proporcionada para la ejecución del servicio, así como de los datos y resultados obtenidos de dicho servicio, Quedando prohibido divulgar o compartir está ya sea a través de publicaciones, conferencias, informaciones, así como la reproducción total o parcial de cualquier otra forma de autorización expresa y por escrito de la contratante, pues dichos datos y resultados con propiedad de ésta última.

i) Que en caso de falta de instrumental, falla o descompostura de algún equipo, que sea requerido para brindar los servicios contratados, tendrá un máximo de 24 horas para solventar dicha incidencia previa autorización de la contratante.

j) Realizar el servicio en el plazo señalado por la contratante.

k) Ser el único responsable de la relación laboral, pago oportuno de sus salarios, deslindando de cualquier responsabilidad a la contratante y en ningún caso se considera a la contratante como patrón sustituto o patrón solidario, responsabilizándose así por el personal que participe para la prestación del servicio.

l) Apegarse estrictamente a las características y especificaciones técnicas establecidas en la descripción del servicio.

m) Contar con el personal calificado, recursos financieros suficientes y equipo requerido de manera inmediata y permanente durante todo el período del servicio.

n) Enviar quincenalmente al Departamento de Administración de Servicios Subrogados y a la Dirección Regional el listado en electrónico al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft office con los siguientes datos:

- Número consecutivo
- Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización
- Nombre de médico tratante
- Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido
- Afiliación del derechohabiente o beneficiario
- Tipo de servicio otorgado
- Fecha en que se realizó el servicio
- Cantidad y costo de asignación antes de IVA

4.6.6.- Los licitantes deberán anexar a su propuesta la siguiente documentación:

a) Copia simple legible de la Licencia Sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento otorgado por la Secretaría de Salud, que contemple la prestación de Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos.

b) Copia simple legible del Aviso de Responsable Sanitario otorgado por la Secretaría de Salud.

REQUISITOS QUE APLICAN PARA LAS PARTIDAS DE LA 14 A LA 18:

4.6.7.- Los licitantes deberán presentar currículum del personal que participe en la prestación de los Servicios contratados, acompañando copia simple legible del título y/o cédula profesional que compruebe el grado de estudios del personal, así como constancias, cursos o diplomas, que comprueben la experiencia mínima requerida del personal, lo cual será conforme a lo siguiente:

a) Un técnico radiología en imagen, con 2 años de experiencia mínima, deberá acreditar estudios avalados por la Secretaría de Educación Pública o,

b) Un especialista en ultrasonografía diagnóstica con 2 años de experiencia mínima, que pueda realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia o,

c) Un especialista en radiología e imagen con 2 años de experiencia mínima, que pueda realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia.

4.6.8.- Los licitantes deberán presentar uno de los siguientes documentos:

a) Comprobante de domicilio que corresponda al inmueble en el cual cuente con las Instalaciones el cual deberá ubicarse en la Ciudad o Municipio en que deban prestarse los servicios solicitados, con una antigüedad no mayor a 3 meses (copia simple legible) o,

b) Constancia de Situación Fiscal vigente. (copia

simple legible) o,

c) Contrato de arrendamiento, (copia simple legible)

4.6.9.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que manifieste que conoce y cumple con las siguientes normas mexicanas:

a) **NOM-030-SSA3-2013**, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

b) **NOM-016-SSA3-2012**, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

c) **NOM-005-SSA3-2010**, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

d) **NOM-028-SSA3-2012**, Regulación de los servicios de salud para la práctica de ultrasonografía diagnóstica.

e) **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

4.6.10.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que se comprometa en caso de resultar adjudicado a lo siguiente:

a) Proporcionar los servicios de Rayos X y Ultrasonografía a los derechohabientes de la contratante, para lo cual deberá:

a.1) Contar con carta de consentimiento bajo información en original y copia simple legible para la realización de procedimiento ultrasonográficos

médicos invasivos y endocavitatorios.

a.2) El personal técnico o profesional designado para la realización de los estudios, deberá informar (previo a la realización de éste) de manera clara, completa, veraz y oportuna lo relacionado con el estudio al derechohabiente o beneficiario.

b) Entregar los resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.

c) En ningún momento considerará la contratante como intermediario de su personal, eximiéndolo en consecuencia de cualquier responsabilidad laboral, física y de seguridad social que al respecto pudiera existir por la contratación del servicio.

d) Asumir la responsabilidad civil que en su caso se origine por daños a la salud de los derechohabientes o beneficiarios por ejemplo, entre otros, atribuibles al mal funcionamiento del equipo o la falta de calidad de los insumos, determinado por la autoridad competente.

e) Garantizar el servicio en cuanto a su correcta funcionalidad durante la vigencia del contrato contra defectos y vicios ocultos, entre otros.

f) Guardar confidencialidad de la información proporcionada para la ejecución del servicio, así como de los datos y resultados obtenidos de dicho servicio. Quedando prohibido divulgar o compartir está ya sea a través de publicaciones, conferencias, informaciones, así como la reproducción total o parcial de cualquier otra forma de autorización expresa y por escrito de la contratante, pues dichos datos y resultados con propiedad de ésta última.

g) En caso de falta de instrumental, falla o descompostura de algún equipo, que sea requerido para brindar los servicios contratados, tendrá un máximo de 24 horas para solventar dicha incidencia previa autorización de la contratante.

h) Realizar el servicio en el plazo señalado por la contratante.

i) Ser el único responsable de la relación laboral, pago

oportuno de sus salarios, deslindando de cualquier responsabilidad a la contratante y en ningún caso se considera a la contratante como patrón sustituto o patrón solidario, responsabilizándose así por el personal que participe para la prestación del servicio.

j) Apegarse estrictamente a las características y especificaciones técnicas establecidas en la descripción del servicio.

k) Contar con el personal calificado, recursos financieros suficientes y equipo requerido de manera inmediata y permanente durante todo el período del servicio.

l) Enviar quincenalmente al Departamento de Administración de Servicios Subrogados y a la Dirección Regional el listado en electrónico al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft office con los siguientes datos:

- Número consecutivo
- Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización
- Nombre de Médico tratante
- Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido
- Afiliación del derechohabiente o beneficiario
- Tipo de servicio otorgado
- Fecha en que se realizó el servicio
- Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A.

4.6.11.- Los licitantes deberán presentar en su propuesta la siguiente documentación:

a) Copia simple legible de la Licencia Sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento otorgado por la Secretaría de Salud, que contemple la prestación de Servicios de Ultrasonografía y Rayos X, según corresponda.

b) Copia simple legible del Aviso de Responsable

Sanitario otorgado por la Secretaría de Salud.

REQUISITOS QUE APLICAN PARA LA PARTIDA 19

4.6.12.- Los licitantes deberán presentar currículum del personal que participe en la prestación de los servicios contratados, debiendo adjuntar copia simple legible del título o equivalente, y/o cédula profesional que compruebe el grado de estudios del personal, así como copia simple legible de constancias de cursos, diplomas, o de servicios iguales o similares que compruebe la experiencia mínima de 2 años, lo cual será conforme a lo siguiente:

a) Responsable sanitario de laboratorio clínico (anexando copia simple legible del documento que lo avale con ese grado) que podrá ser:

I. Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia en el área técnica, comprobable con documentos oficiales (con copia simple legible ya sea del título y/o cédula y/o diplomas y/o certificados y/o cualquier otro documento afín), o

II. Médico cirujano con certificado vigente de la especialidad en patología clínica, expedido por el Consejo correspondiente o constancia de grado de maestría o doctorado en las áreas de laboratorio clínico, expedida por institución educativa competente, documento que deberá ser presentado en copia simple legible, o

III. Biólogo con currículum orientado al laboratorio clínico.

b) Médico especialista en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria: deberá adjuntar copia simple legible deberán de la cédula de médico general y de especialidad.

c) Una enfermera general que cuente con experiencia laboral en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica: deberá adjuntar copia simple legible ya sea del título y/o cédula y/o diplomas y/o certificados y/o cualquier otro documento afín que ha acreditado

satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

d) Una enfermera auxiliar que cuente con experiencia laboral en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica: deberá adjuntar con copia simple legible ya sea del título y/o cédula y/o diplomas y/o certificados y/o cualquier otro documento afín que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

4.6.13.- Los licitantes deberán presentar uno de los siguientes documentos:

a) Comprobante de domicilio que corresponda al inmueble en el cual cuente con las instalaciones el cual deberá ubicarse en la Ciudad o Municipio en que deban prestarse los servicios solicitados, con una antigüedad no mayor a 3 meses (copia simple legible) o,

b) Constancia de Situación Fiscal vigente. (copia simple legible) o,

c) Contrato de arrendamiento, (copia simple legible) y

4.6.13.1.- Copia simple legible de la Licencia Sanitaria otorgada por la Secretaría de Salud que lo acredite para la prestación del Servicio.

4.6.13.2.- Copia simple legible del Aviso de Responsable Sanitario otorgado por la Secretaría de Salud.

4.6.14.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que manifieste que conoce y cumple con las siguientes normas mexicanas:

a) NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud.

b) NOM-016-SSA3-2012, Que establece los requisitos

mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

c) NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

d) NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

e) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

f) NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

g) NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

h) NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

4.6.15.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que se comprometa en caso de resultar adjudicado a lo siguiente:

a) Su personal designado deberá portar gafete de identificación y proporcionar los servicios solicitados, para lo cual deberá:

a.1) Contar con carta de consentimiento bajo información en original y copia simple legible para la realización de procedimiento ultrasonográficos médicos invasivos y endocavitarios.

a.2) El personal técnico o profesional designado para la realización de los servicios, deberá informar (previo a la realización de éste) de manera clara, completa, veraz y oportuna lo relacionado con el estudio al derechohabiente o beneficiario.

b) Entregar el informe quincenal de los resultados de

los estudios o servicios realizados al Director de la Región y al o los médicos responsables de los pacientes de manera impresa (en sobre cerrado) y electrónica del diagnóstico.

El formato, correo electrónico o cualquier otra vía y/o mecanismo para la entrega de la información, será notificado al día siguiente de la formalización del contrato, al licitante que resulte adjudicado.

c) En ningún momento considerará la contratante como intermediario de su personal, eximiéndolo en consecuencia de cualquier responsabilidad laboral, física y de seguridad social que al respecto pudiera existir por la contratación del servicio.

d) Asumir la responsabilidad civil que en su caso se origine por daños a la salud de los derechohabientes o beneficiarios por ejemplo, entre otros, atribuibles al mal funcionamiento del equipo o la falta de calidad de los insumos, determinado por la autoridad competente.

e) Garantizar el servicio en cuanto a su correcta funcionalidad por la vigencia del contrato contra defectos y vicios ocultos, entre otros.

f) Guardar confidencialidad de la información proporcionada para la ejecución del servicio, así como de los datos y resultados obtenidos de dicho servicio, Quedando prohibido divulgar o compartir esta ya sea a través de publicaciones, conferencias, informaciones, así como la reproducción total o parcial de cualquier otra forma de autorización expresa y por escrito de la contratante, pues dichos datos y resultados con propiedad de ésta última.

g) Que en caso de falta de instrumental, falla o descompostura de algún equipo, que sea requerido para brindar los servicios contratados, tendrá un máximo de 24 horas para solventar dicha incidencia previa autorización de la contratante.

h) Realizar el servicio en el plazo señalado por la contratante.

i) Ser el único responsable de la relación laboral, pago oportuno de sus salarios, deslindando de cualquier responsabilidad a la contratante y en ningún caso se considera a la contratante como patrón sustituto o

patrón solidario, responsabilizándose así por el personal que participe para la prestación del servicio.

j) Apegarse estrictamente a las características y especificaciones técnicas establecidas en la descripción del servicio.

k) Contar con el personal calificado, recursos financieros suficientes y equipo requerido de manera inmediata y permanente durante todo el período del servicio.

l) Deberá entregar al Departamento de Administración de Servicios Subrogados de la contratante el Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, e issstep.cga.ssm@hotmail.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:

- Número consecutivo
- Fecha del pase de subrogación y/o formato de autorización
- Nombre del médico tratante
- Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido
- Afiliación del derechohabiente o beneficiario
- Tipo de servicio otorgado
- Fecha en la que se realizó el servicio
- Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A.
- Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar.

REQUISITOS QUE APLICAN PARA LAS PARTIDAS 20, 21, 23 y 25:

4.6.16.- Los licitantes deberán presentar currículum del personal que participe en la prestación de los servicios contratados, debiendo adjuntar copia simple legible del título o equivalente, y/o cédula profesional que

compruebe el grado de estudios del personal, así como copia simple legible de constancias de cursos, diplomas, o de servicios iguales o similares que compruebe la experiencia mínima de 2 años, lo cual será conforme a lo siguiente:

a) Responsable sanitario de laboratorio clínico (anexando copia simple legible del documento que lo avale con ese grado) que podrá ser:

I. Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia en el área técnica, comprobable con documentos oficiales (con copia simple legible ya sea del título y/o cédula y/o diplomas y/o certificados y/o cualquier otro documento afín), o

II. Médico cirujano con certificado vigente de la especialidad en patología clínica, expedido por el Consejo correspondiente o constancia de grado de maestría o doctorado en las áreas de laboratorio clínico, expedida por institución educativa competente, documento que deberá ser presentado en copia simple legible, o

III. Biólogo con currículum orientado al laboratorio clínico.

b) Técnico en laboratorio clínico con certificado o diploma legalmente expedido y registrado por la autoridad educativa competente, documentos que deberán presentarse en copia simple legible.

c) Médico especialista en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria: deberá adjuntar copia simple legible deberán de la cédula de médico general y de especialidad.

d) Una enfermera general que cuente con experiencia laboral en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica: deberá adjuntar copia simple legible ya sea del título y/o cédula y/o diplomas y/o certificados y/o cualquier otro documento afín que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

e) Una enfermera auxiliar que cuente con experiencia laboral en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica: deberá adjuntar con copia simple legible ya sea del título y/o cédula y/o diplomas y/o certificados y/o cualquier otro documento afín que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

4.6.17.- Los licitantes deberán de presentar uno de los siguientes documentos:

a) Comprobante de domicilio que corresponda al inmueble en el cual cuente con las instalaciones el cual deberá ubicarse en la Ciudad o Municipio en que deban prestarse los servicios solicitados, con una antigüedad no mayor a 3 meses (copia simple legible) o,

b) Constancia de Situación Fiscal vigente. (copia simple legible) o,

c) Contrato de arrendamiento, (copia simple legible) y

4.6.17.1.- Copia simple legible de la Licencia Sanitaria otorgada por la Secretaría de Salud que lo acredite para la prestación del Servicio.

4.6.17.2.- Copia simple legible del Aviso de Responsable Sanitario otorgado por la Secretaría de Salud.

4.6.18.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que manifieste que conoce y cumple con las siguientes normas mexicanas:

a) **NOM-030-SSA3-2013**, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud.

b) **NOM-016-SSA3-2012**, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

c) **NOM-005-SSA3-2010**, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

d) **NOM-028-SSA3-2012**, Regulación de los servicios de salud para la práctica de ultrasonografía diagnóstica.

e) **NOM-007-SSA3-2011**, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

f) **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

g) **NOM-027-SSA3-2013**, Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

h) **NOM-006-SSA3-2011**, Para la práctica de la anestesiología.

i) **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.

4.6.19.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que se comprometa en caso de resultar adjudicado a lo siguiente:

a) Su personal designado deberá portar gafete de identificación y proporcionar los servicios solicitados, para lo cual deberá:

a.1) Contar con carta de consentimiento bajo información en original y copia simple legible para la realización de procedimiento ultrasonográficos médicos invasivos y endocavitatorios.

a.2) El personal técnico o profesional designado para la realización de los servicios, deberá informar (previo a la realización de éste) de manera clara, completa, veraz y oportuna lo relacionado con el estudio al derechohabiente o beneficiario.

b) Entregar el informe quincenal de los resultados de los estudios o servicios realizados al Director de la Región y al o los médicos responsables de los pacientes de manera impresa (en sobre cerrado) y electrónica del diagnóstico.

El formato, correo electrónico o cualquier otra vía y/o mecanismo para la entrega de la información, será notificado al día siguiente de la formalización del contrato, al licitante que resulte adjudicado.

c) En ningún momento considerará la contratante como intermediario de su personal, eximiéndolo en consecuencia de cualquier responsabilidad laboral, física y de seguridad social que al respecto pudiera existir por la contratación del servicio.

d) Asumir la responsabilidad civil que en su caso se origine por daños a la salud de los derechohabientes o beneficiarios por ejemplo, entre otros, atribuibles al mal funcionamiento del equipo o la falta de calidad de los insumos, determinado por la autoridad competente.

e) Garantizar el servicio en cuanto a su correcta funcionalidad por la vigencia del contrato contra defectos y vicios ocultos, entre otros.

f) Guardar confidencialidad de la información proporcionada para la ejecución del servicio, así como de los datos y resultados obtenidos de dicho servicio. Quedando prohibido divulgar o compartir está ya sea a través de publicaciones, conferencias, informaciones, así como la reproducción total o parcial de cualquier otra forma de autorización expresa y por escrito de la contratante, pues dichos datos y resultados con propiedad de ésta última.

g) Que en caso de falta de instrumental, falla o descompostura de algún equipo, que sea requerido para brindar los servicios contratados, tendrá un máximo de 24 horas para solventar dicha incidencia previa autorización de la contratante.

h) Realizar el servicio en el plazo señalado por la contratante.

i) Ser el único responsable de la relación laboral, pago oportuno de sus salarios, deslindando de cualquier responsabilidad a la contratante y en ningún caso se

considera a la contratante como patrón sustituto o patrón solidario, responsabilizándose así por el personal que participe para la prestación del servicio.

j) Apegarse estrictamente a las características y especificaciones técnicas establecidas en la descripción del servicio.

k) Contar con el personal calificado, recursos financieros suficientes y equipo requerido de manera inmediata y permanente durante todo el período del servicio.

l) Deberá entregar al Departamento de Administración de Servicios Subrogados de la contratante el Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, e issstep.cga.ssm@hotmail.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:

- Número consecutivo
- Fecha del pase de subrogación y/o formato de autorización
- Nombre del médico tratante
- Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido
- Afiliación del derechohabiente o beneficiario
- Tipo de servicio otorgado
- Fecha en la que se realizó el servicio
- Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A.
- Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar.

REQUISITOS QUE APLICAN PARA LA PARTIDA 22 Y 24:

4.6.20.- Los licitantes deberán presentar currículum del personal que participe en la prestación de los servicios contratados, debiendo adjuntar copia simple legible del

título o equivalente, y/o cédula profesional que compruebe el grado de estudios del personal, así como copia simple legible de constancias de cursos, diplomas, o de servicios iguales o similares que compruebe la experiencia mínima de 2 años, lo cual será conforme a lo siguiente:

a) Médico especialista en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria: deberá adjuntar copia simple legible deberán de la cédula de médico general y de especialidad.

b) Una enfermera general que cuente con experiencia laboral en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica: deberá adjuntar copia simple legible ya sea del título y/o cédula y/o diplomas y/o certificados y/o cualquier otro documento afín que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

c) Una enfermera auxiliar que cuente con experiencia laboral en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica: deberá adjuntar con copia simple legible ya sea del título y/o cédula y/o diplomas y/o certificados y/o cualquier otro documento afín que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

4.6.21.- Los licitantes deberán de presentar uno de los siguientes documentos:

a) Comprobante de domicilio que corresponda al inmueble en el cual cuente con las instalaciones el cual deberá ubicarse en la Ciudad o Municipio en que deban prestarse los servicios solicitados, con una antigüedad no mayor a 3 meses (copia simple legible) o,

b) Constancia de Situación Fiscal vigente. (copia simple legible) o,

c) Contrato de arrendamiento, (copia simple legible) y

4.6.21.1.- Copia simple legible de la Licencia Sanitaria

otorgada por la Secretaría de Salud que lo acredite para la prestación del Servicio.

4.6.21.2.- Copia simple legible del Aviso de Responsable Sanitario otorgado por la Secretaría de Salud.

4.6.22.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que manifieste que conoce y cumple con las siguientes normas mexicanas:

a) NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud.

b) NOM-016-SSA3-2012, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

c) NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

e) NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

f) NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

g) NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

4.6.23.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que se comprometa en caso

de resultar adjudicado a lo siguiente:

a) Su personal designado deberá portar gafete de identificación y proporcionar los servicios solicitados, para lo cual deberá:

a.1) Contar con carta de consentimiento bajo información en original y copia simple legible para la realización de procedimiento ultrasonográficos médicos invasivos y endocavitatorios.

a.2) El personal técnico o profesional designado para la realización de los servicios, deberá informar (previo a la realización de éste) de manera clara, completa, veraz y oportuna lo relacionado con el estudio al derechohabiente o beneficiario.

b) Entregar el informe quincenal de los resultados de los estudios o servicios realizados al Director de la Región y al o los médicos responsables de los pacientes de manera impresa (en sobre cerrado) y electrónica del diagnóstico.

El formato, correo electrónico o cualquier otra vía y/o mecanismo para la entrega de la información, será notificado al día siguiente de la formalización del contrato, al licitante que resulte adjudicado.

c) En ningún momento considerará la contratante como intermediario de su personal, eximiéndolo en consecuencia de cualquier responsabilidad laboral, física y de seguridad social que al respecto pudiera existir por la contratación del servicio.

d) Asumir la responsabilidad civil que en su caso se origine por daños a la salud de los derechohabientes o beneficiarios por ejemplo, entre otros, atribuibles al mal funcionamiento del equipo o la falta de calidad de los insumos, determinado por la autoridad competente.

e) Garantizar el servicio en cuanto a su correcta funcionalidad por la vigencia del contrato contra defectos y vicios ocultos, entre otros.

f) Guardar confidencialidad de la información proporcionada para la ejecución del servicio, así como de los datos y resultados obtenidos de dicho servicio. Quedando prohibido divulgar o compartir esta ya sea a través de publicaciones, conferencias, informaciones,

así como la reproducción total o parcial de cualquier otra forma de autorización expresa y por escrito de la contratante, pues dichos datos y resultados con propiedad de ésta última.

g) En caso de falta de instrumental, falla o descompostura de algún equipo, que sea requerido para brindar los servicios contratados, tendrá un máximo de 24 horas para solventar dicha incidencia previa autorización de la contratante.

h) Realizar el servicio en el plazo señalado por la contratante.

i) Ser el único responsable de la relación laboral, pago oportuno de sus salarios, deslindando de cualquier responsabilidad a la contratante y en ningún caso se considera a la contratante como patrón sustituto o patrón solidario, responsabilizándose así por el personal que participe para la prestación del servicio.

j) Apegarse estrictamente a las características y especificaciones técnicas establecidas en la descripción del servicio.

k) Contar con el personal calificado, recursos financieros suficientes y equipo requerido de manera inmediata y permanente durante todo el período del servicio.

l) Que deberá entregar al Departamento de Administración de Servicios Subrogados de la contratante el Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, e issstep.cga.ssm@hotmail.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:

- Número consecutivo
- Fecha del pase de subrogación y/o formato de autorización
- Nombre del médico tratante
- Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido

- Afiliación del derechohabiente o beneficiario
- Tipo de servicio otorgado
- Fecha en la que se realizó el servicio
- Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A.
- Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar.

REQUISITOS QUE APLICAN PARA LA PARTIDA 26:

4.6.24.- Los licitantes deberán de presentar la siguiente documentación del personal requerido:

PARA AMBULANCIAS BÁSICAS:

a) Currículum acompañado de copia simple legible de Título y/o certificado y/o cédula profesional, Diploma o Certificación que avale el grado de estudios, de 1 Técnico en Atención Médica Prehospitalaria (TAMP), con experiencia mínima de 2 años para identificar, evaluar e intervenir en situaciones de urgencia médica para salvaguardar la vida y prevenir lesiones subsecuentes, con base en el conocimiento, habilidades, destrezas y aptitudes adquiridas, empleando para ello la tecnología vigente, respetando la dignidad, costumbres y creencias del usuario, trabajando con el equipo multi e interdisciplinario de salud. Para ello, se deben tener las competencias necesarias en los diferentes niveles (básico, intermedio y avanzado), y que deberá contar con lo siguiente:

- Formación como técnico en urgencias médicas básicas, formación como respondientes en situaciones de urgencia.
- Soporte básico y avanzado de vida (reanimación cardiopulmonar).
- Atención al derechohabiente o beneficiario poli traumatizado.
- Atención al derechohabiente o beneficiario con enfermedades clínicas.
- Manejo y traslado de derechohabiente o beneficiarios.

b) Currículum de 1 operador de ambulancias, acompañado de copia simple de Licencia de Manejo Tipo A, con 3 años de antigüedad.

PARA AMBULANCIAS DE CUIDADOS INTENSIVOS:

c) Currículum acompañado de copia simple legible de Título y/o certificado y/o cédula profesional, Diploma o Certificación que avale el grado de estudios, de 1 Técnico en Atención Médica Prehospitalaria (TAMP), con experiencia mínima de 2 años para identificar, evaluar e intervenir en situaciones de urgencia médica para salvaguardar la vida y prevenir lesiones subsecuentes, con base en el conocimiento, habilidades, destrezas y aptitudes adquiridas, empleando para ello la tecnología vigente, respetando la dignidad, costumbres y creencias del usuario, trabajando con el equipo multi e interdisciplinario de salud. Para ello, se deben tener las competencias necesarias en los diferentes niveles (básico, intermedio y avanzado), quien contará con el soporte y respaldo en comunicación de un Médico Responsable del Traslado, o de un Médico en la Unidad, y deberán contar con lo siguiente:

- Formación como técnico en urgencias médicas intermedio, médicos generales o en su caso en urgencias médicas básicos, con talleres de especialización y actualización de atención médica prehospitalaria.
- Soporte avanzado de vida (reanimación cardiopulmonar apoyada con medicamentos y desfibrilador externo automático)
- Intubación y manejo de la vía aérea difícil.
- Monitoreo de signos vitales mediante instrumentos.
- Atención al derechohabiente o beneficiario poli traumatizado.
- Atención al derechohabiente o beneficiario con enfermedades clínicas.
- Manejo y traslado de derechohabiente o beneficiarios críticos.

d) Currículum de 1 operador de ambulancias, acompañado de copia simple de Licencia de Manejo Tipo A, con 3 años de antigüedad.

4.6.25.- Los licitantes deberán presentar uno de los siguientes documentos:

a) Comprobante de domicilio que deberá ubicarse en la Ciudad de Puebla, y/o zonas conurbadas, con una antigüedad no mayor a 3 meses (copia simple legible) o,

b) Constancia de Situación Fiscal vigente. (copia simple legible) o,

c) Contrato de arrendamiento (copia simple legible) y

4.6.25.1.- Copia simple legible de la Licencia Sanitaria otorgada por la Secretaría de Salud que lo acredite para la prestación del Servicio.

4.6.26.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que manifieste que conoce y cumple con las siguientes normas mexicanas:

a) Norma Oficial Mexicana **NOM-034-SSA3-2013**, regulación de los servicios de salud, atención médica prehospitalaria.

b) Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, del expediente clínico.

c) Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016**, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

d) Norma Oficial Mexicana **NOM-017-STPS-2008**, equipo de protección personal-selección, uso y manejo en los centros de trabajo.

e) Norma Oficial Mexicana **NOM-220-SSA1-2012**, instalación y operación de la fármaco vigilancia.

f) Norma Oficial Mexicana **NOM-017-SSA2-2012**, para la vigilancia epidemiológica.

g) Norma Oficial Mexicana **NOM-046-SSA2-2005**.

violencia familiar, sexual y contra las mujeres. criterios para la prevención y atención.

h) Norma Oficial Mexicana **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

4.6.27.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad en hoja membretada debidamente firmada por la persona autorizada para ello en la cual indique que las unidades cuentan y cumplen con las siguientes características:

a) Portar al frente, en los costados y en la parte posterior la leyenda ambulancia, en la parte frontal su imagen deberá ser en espejo, es decir invertida, en material reflejante y en color contrastante con la ambulancia, las letras deben ser de tamaño no menor a 10 centímetros; además en los costados se especificará el tipo de ambulancia de que se trate: traslado, urgencias básicas o avanzadas y cuidados intensivos; en su caso, deberán rotularse el toldo, la cubierta y el fuselaje. El compartimiento destinado para la atención del derechohabiente o beneficiario, deberá contar con vidrios que impidan la visibilidad desde el exterior, pueden ser polarizados, entintados, esmerilados, opacos u otros.

b) Rótulo en material reflejante y en color contrastante con la ambulancia, donde se especifique la institución a la que pertenece o razón social y el número económico de la unidad, ubicado en los costados y en la parte posterior de la unidad, con caracteres de tamaño no menor a 8 centímetros y en el toldo de la ambulancia con caracteres de tamaño no menor a 40 centímetros.

c) Un sistema de iluminación de advertencia, a base de lámparas que emitan luces rojas y blancas de manera intermitente sobre el toldo, con proyección de luces de 360 grados y visibles a una distancia de 150 metros.

d) Una sirena, que genere sonidos entre 120 y 130 decibeles en promedio. El uso de la sirena y las luces de emergencia se limitará estrictamente a la necesidad de solicitar paso preferente al acudir al llamado de una urgencia, durante el traslado del derechohabiente o

beneficiario en estado grave o crítico. Las luces de emergencia podrán emplearse de manera independiente, con o sin el uso de la sirena siempre y cuando exista un paciente a bordo de la ambulancia, dependiendo de su condición y estado de salud.

e) Un compartimento destinado para la atención del derechohabiente o beneficiario, en su diseño y construcción, cuenta con dispositivos de sujeción, así como tener espacio libre, que dé cabida al menos a un paciente en carro camilla y al personal responsable de la atención del mismo, que pueda estar sentado; mismo que debe contar con un sistema de iluminación con suficiente intensidad para permitir la evaluación del derechohabiente o beneficiario y la identificación de los insumos que se requieran y deben estar configuradas de acuerdo con las especificaciones de diseño del fabricante y contar con un área que permita la atención del derechohabiente o beneficiario durante su traslado. Deberá tener como mínimo 1.60 metros de altura, 1.90 metros de ancho y 2.50 metros de largo.

4.6.28.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que se comprometa en caso de resultar adjudicado a lo siguiente:

a) Contar con el personal calificado, recursos financieros suficientes, equipo necesario y permanente durante la vigencia del contrato.

b) Ser el único responsable de la relación laboral, pago oportuno de sus salarios, deslindando de cualquier responsabilidad a la contratante y en ningún caso se considera a la contratante como patrón o patrón solidario, responsabilizándose así por el personal que participe para la prestación del servicio.

c) Permitir que el personal designado por la contratante lleve a cabo una o las supervisiones necesarias para la inspección física de las instalaciones durante la vigencia del contrato.

d) Garantizar el servicio en cuanto a los requisitos solicitados durante la vigencia del contrato.

e) Guardar confidencialidad de la información proporcionada para la ejecución del servicio, así como

de los datos y resultados obtenidos de dicho servicio. Quedando prohibido divulgar o compartir está ya sea a través de publicaciones, conferencias, informaciones, así como la reproducción total o parcial de cualquier otra forma de autorización expresa y por escrito de la contratante.

f) Proporcionar al momento de la formalización del contrato, un número telefónico a la contratante, el cual estará disponible las 24 horas de lunes a domingo, durante la vigencia del contrato.

g) Asumir la responsabilidad civil que en caso se origina por daños a la salud del derechohabiente, determinado por la autoridad competente.

h) Proporcionar el servicio para la asistencia del traslado de pacientes en ambulancia (ciudad de Puebla, zonas foráneas y cd. De México) adecuado a los derechohabientes de la contratante de acuerdo a las prescripciones médicas emitidas por el médico tratante (básicas o cuidados intensivos).

i) Las ambulancias básicas cuentan con un operador de la misma y un paramédico responsable del monitoreo y atención al paciente.

j) Que las ambulancias de cuidados intensivos cuentan con un operador de ambulancias y un técnico en urgencias médicas con el soporte y respaldo en comunicación de un médico responsable del traslado en caso de que no asista un médico en la unidad.

k) Presentar a cada director de región de la contratante, así como al responsable de servicios subrogados, un informe mensual conforme al ANEXO 14, de manera impresa y vía electrónica a los correos electrónicos proporcionados por la contratante al momento de la formalización del contrato.

l) Conservar toda la documentación clínica generada de los pacientes referidos por la contratante, debiendo resguardar una copia de la misma para posterior aclaración.

m) Entregar al momento de la formalización del contrato un directorio en forma impresa y electrónica, mismo que deberá ser actualizado mensualmente, para la recepción de solicitudes de atención para

aquellos casos en los que se requiera el traslado de pacientes, contando con el nombre del personal que será el enlace para brindar el servicio las 24 horas de lunes a domingo durante la vigencia del contrato incluyendo un número telefónico móvil conforme al **ANEXO 15**.

n) Entregar un directorio de todo el personal que participe en la prestación del servicio, conforme al **ANEXO 16** en forma impresa y electrónica, mismo que deberá ser actualizado mensualmente.

o) Proporcionar los recursos físicos de apoyo necesarios indicados en los ANEXOS 12 y 13, sin costo extra para la contratante, necesarios e indispensables para la prestación del servicio.

p) Contar con las ambulancias y el equipo requerido en buen estado y adecuados para la prestación del servicio. Así como las bitácoras que acrediten los mantenimientos preventivos y correctivos siendo estos como mínimo 2 durante la vigencia del contrato.

q) Que en caso de falla o descompostura de algún equipo o ambulancia, que sea requerido para la prestación del servicio, deberá tener disponibilidad de los mismos en forma inmediata, sustituyendo por otro con iguales características

r) Contar con 10 unidades como mínimo equipadas para el servicio mismas que deberán ser modelo 2010 en adelante.

s) Que las ambulancias estarán disponibles en cuanto se les solicite el servicio. Las 24 horas de lunes a domingo.

t) Que el personal que preste servicios de atención médica hospitalaria a bordo de una ambulancia, deberá tener una formación específica y recibir capacitación periódica, atendiendo al tipo y nivel resolutivo de la prestación del servicio.

u) Ser utilizadas únicamente para el propósito que hayan sido notificadas mediante el aviso de funcionamiento respectivo y queda prohibido transportar o almacenar cualquier material que ponga en peligro la vida o la salud del derechohabiente o beneficiario y del personal que preste el servicio.

v) Cumplir con las disposiciones para la utilización del equipo de seguridad, protección del derechohabiente o beneficiario y del personal que proporcione el servicio.

w) Dar mantenimiento periódico a la ambulancia, conforme a las disposiciones aplicables, así como a dar mantenimiento preventivo y correctivo al equipo médico a bordo de la ambulancia y registrar dicho mantenimiento en la bitácora correspondiente.

x) Apegarse a las disposiciones aplicables en materia de tránsito y control de emisiones contaminantes.

y) Realizar el mantenimiento óptimo y adecuado, que asegure el funcionamiento, así como contar con bitácoras de mantenimiento de equipos indispensables para la prestación del servicio, mismas que podrán ser solicitadas por la contratante en cualquier momento durante la vigencia del contrato para su verificación.

z) Entregar al Departamento de Administración de Servicios Subrogados de la contratante el Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente a los correos electrónicos `servicios_subrogadoscfdi@outlook.com`, e `issstep.cga.ssm@hotmail.com`, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:

- Número consecutivo.
- Nombre del médico solicitante y tratante.
- Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido.
- Afiliación nueva del derechohabiente o beneficiario.
- Diagnóstico del derechohabiente o beneficiario.
- Tipo de servicio otorgado.
- Fecha en la que se realizó el servicio.
- Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A).
- Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar.

de resultar adjudicado a lo siguiente:

REQUISITOS QUE APLICAN PARA LA PARTIDA 27:

4.6.29.- Los licitantes deberán presentar currículum con experiencia mínima de 2 años, debiendo adjuntar copia simple legible del Título y/o cédula profesional, certificado y/o recertificación del siguiente personal:

a) Dos fisioterapeutas.

4.6.30.- Los licitantes deberán presentar uno de los siguientes documentos:

a) Comprobante de domicilio que corresponda al inmueble en el cual cuente con las instalaciones el cual deberá ubicarse en la Ciudad o Municipio en que deban prestarse los servicios solicitados, con una antigüedad no mayor a 3 meses (copia simple legible) o,

b) Constancia de Situación Fiscal vigente. (copia simple legible) o,

c) Contrato de arrendamiento, (copia simple legible) y

4.6.30.1.- Copia simple legible de la Licencia Sanitaria otorgada por la Secretaría de Salud que lo acredite para la prestación del Servicio.

4.6.31.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que manifieste que conoce y cumple con las siguientes normas mexicanas:

a) Norma Oficial Mexicana **NOM-030-SSA3-2013**, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud.

b) Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012**, del Expediente Clínico

4.6.32.- Los licitantes deberán presentar carta bajo protesta de decir verdad, en hoja membretada de la empresa debidamente firmada por la persona autorizada para ello, en la que se comprometa en caso

a) Contar con el personal calificado, recursos financieros de manera inmediata y permanente durante todo el periodo del contrato.

b) Verificar el óptimo funcionamiento de los equipos y reemplazarlos de manera inmediata, en caso de que se presentara alguna falla, evitando que se interfiera con la operación del servicio.

c) Ser el único responsable de la relación laboral, pago oportuno de sus salarios, deslindando de cualquier responsabilidad a la contratante y en ningún caso se considera a la contratante como patrón sustituto o patrón solidario, responsabilizándose así por el personal que participe para la prestación del servicio.

d) Garantizar el servicio durante la vigencia del contrato.

e) Guardar confidencialidad de la información proporcionada para la ejecución del servicio, así como de los datos y resultados obtenidos de dicho servicio. Quedando prohibido divulgar o compartir está ya sea a través de publicaciones, conferencias, informaciones, así como la reproducción total o parcial de cualquier otra forma de autorización expresa y por escrito de la contratante.

f) No subcontratar los servicios ofertados.

g) Realizar los Estudios en las Instalaciones ubicadas en la Ciudad de Puebla, zona conurbada, o en el municipio de Cholula proporcionando para tal efecto al momento de la formalización del contrato, un número telefónico y correo electrónico a la contratante

h) Asumir la responsabilidad civil en caso de originar daños a la salud del derechohabiente, determinado por la autoridad competente.

i) Conservar en sus archivos, copia de cada uno de los estudios practicados, durante por lo menos un año, posteriores a la fecha de terminación del contrato y entregarlos a la contratante cuando así se le requiera.

j) Que en caso de falla o descompostura de algún equipo, que sea requerido para brindar el servicio de

estudios contratados, el proveedor tendrá un máximo de 24 horas para solventar dicha incidencia, previa autorización de la contratante.

k) Deberá entregar al Departamento de Administración de Servicios Subrogados de la contratante el Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar mensualmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, e issstep.cga.ssm@hotmail.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:

- Número consecutivo
- Fecha del pase de subrogación y/o formato de autorización
- Nombre del médico tratante
- Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido
- Afiliación del derechohabiente o beneficiario
- Tipo de servicio otorgado
- Fecha en la que se realizó el servicio
- Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A.
- Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar.

4.7.- INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La propuesta técnica deberá presentarse dentro del segundo sobre de la siguiente manera:

a) En original y copia cuya información deberá coincidir con la que contenga el dispositivo señalado en el punto **4.1.3.**

b) Deberán presentar 2 recopiladores Lefort de dos argollas, uno con la documentación en original y el otro con la copia. De igual forma, se les solicita **no presentar hojas sueltas y engrapadas, engargoladas, dentro de protector o en fólter con broche.**

c) Se solicita que la documentación venga organizada de acuerdo al orden de los puntos señalados en las presentes bases, incluyendo separadores o pestañas.

d) Cada uno de los documentos que integren la propuesta técnica deberán estar **foliados, sellados (obligatorio en caso de ser persona moral) y firmados por la persona autorizada para ello** conforme al poder notarial en todas sus hojas, tanto en el original como en la copia, el licitante deberá considerar que la falta de alguno de los elementos mencionados en este punto, será total responsabilidad del mismo; incluyendo toda la documentación anexa; ejemplo: cartas, permisos, etc., que se les haya solicitado.

e) Los documentos que se anexen y no hayan sido solicitados en las presentes bases, no serán considerados para la evaluación técnica.

f) En la propuesta técnica podrá asentar en la columna de Periodo de Prestación del servicio: “el periodo requerido por la contratante” o “según bases”.

g) En la propuesta técnica podrá asentar en la columna de Periodo de Garantía: “el periodo requerido por la contratante” o “según bases”.

h) Todos los documentos y requisitos solicitados en los aspectos técnicos deberán estar debidamente foliados, si carecen del mismo no será responsabilidad de la convocante, por lo que el licitante deberá revisar su información y documentación.

5.-ASPECTOS ECONÓMICOS

El **TERCER SOBRE**, debidamente sellado con cinta adhesiva e identificado con nombre del licitante, número de licitación y con la leyenda “Propuesta Económica” o Sobre 3, deberá contener:

5.1.- PROPUESTA ECONÓMICA.

5.1.1.- La propuesta económica **ANEXO C**, así como todos los demás documentos solicitados que se anexen a la misma, deberán presentarse en fólter tamaño carta con broche baco, estar impresos en papel membretado original del licitante, dirigida a la

convocante, indicando el número de la presente Licitación **GESAL-004-042/2020**, debiendo contener **folio, sello (obligatorio en caso de ser persona moral) y firma en todas y cada una de las hojas, por la persona autorizada para ello** conforme al poder notarial, debiendo indicar, adicionalmente en la última hoja, el nombre del mismo. El licitante deberá considerar que la falta de alguno de los elementos mencionados en este punto, será total responsabilidad del mismo. **LA DOCUMENTACIÓN NO DEBERÁ PRESENTARSE ENGRAPADA NI DENTRO DE MICAS TRANSPARENTES.**

La propuesta económica del licitante, tomando como ejemplo el **ANEXO C**, deberá considerar cada uno de los puntos que aquí se enumeran debidamente capturados en dos dispositivos **USB**, mismos que serán proporcionados por los licitantes.

5.1.2.- Los precios deberán presentarse en moneda nacional, con 2 decimales como máximo. El no presentarla así será causa de descalificación. Adicionalmente, se deberá anexar la leyenda **“Los precios serán firmes durante la vigencia del contrato, dichos precios ya incluyen todo lo requerido para la prestación del servicio”**.

5.1.3.- La propuesta económica no deberá presentar raspaduras, enmendaduras o correcciones en la misma.

5.1.4.- En caso de existir descuentos se deberán incluir en el precio unitario.

5.1.5.- En caso de que existan errores aritméticos éstos serán rectificadas prevaleciendo invariablemente el precio unitario. Si el Licitante, en uno u otro caso, no acepta la corrección, su propuesta será rechazada.

5.1.6.- Se solicita que, preferentemente, los precios presentados se protejan con cinta adhesiva.

Es importante que el licitante verifique antes de incluir sus dispositivos en el sobre, que los mismos contengan el nombre del licitante, número de licitación y “propuesta económica”, que la información solicitada se encuentre debidamente capturada, no escaneada, a renglón seguido y que no tenga problemas para leerse, ni que contenga

virus. Lo anterior, con el objeto de que la misma se pueda plasmar en el acta correspondiente del evento señalado en el punto 13 de estas bases. (No incluir imágenes).

5.2.- REQUISITOS ECONÓMICOS:

5.2.1.- Garantía de seriedad conforme al punto 7 de estas bases.

5.2.2.- Los licitantes deberán presentar junto con su propuesta económica, copia simple legible de la declaración anual 2018 con su respectivo acuse de recibido del **SAT** con sello o liga digital correspondiente y la última declaración provisional 2020 (ISR e IVA) del mes inmediato anterior a la presentación de la proposición.

5.2.3.- Los licitantes deberán presentar el estado de posición financiera y estados de resultados del ejercicio fiscal 2019 los cuales deberán confirmar que los licitantes cuentan con suma de capital contable de mínimo el 20% de su propuesta, los cuales deberán estar firmados por el contador público que los elabora anexando copia simple legible de cédula profesional.

5.2.4.- Los licitantes deberán presentar el costo unitario por servicio, estudio y/o procedimiento considerados en los **ANEXOS 18 al 44** atendiendo únicamente al que resulte aplicable para la partida en la que participen, de no hacerlo será causa de descalificación.

Los licitantes deberán considerar para sus propuestas, los consumos promedios establecidos en los **ANEXOS 18 al 44**, los cuales tienen únicamente efectos informativos pero no limitativos en cuanto a la prestación del servicio, estudio y/o procedimiento que se adjudique, en virtud de que los mismos habrán de ser requeridos a demanda de los derechohabientes y beneficiarios, pudiendo variar en mas o en menos de acuerdo a la demanda.

6.- ASPECTOS INFORMATIVOS.

6.1.- Los licitantes interesados en participar en procedimientos de adjudicación deberán presentar Constancia de no Inhabilitado de personas físicas y/o jurídicas, para participar en procedimientos de

adjudicación o para suscribir contratos de obra pública o servicios realizados con la misma, de adquisiciones, arrendamientos o servicios; conforme al punto 2.4.8. En términos del acuerdo de la Secretaría de la Contraloría, publicado en el periódico oficial del estado de fecha 27 de mayo de 2011.

6.2.- No se acepta participación conjunta, toda vez que se requiere que un solo licitante presente las garantías solicitadas.

6.3.- La contratante una vez acordado con el licitante, podrá modificar los estudios y/o servicios adjudicados detallados en las partidas consideradas en la presente, pudiendo aumentar o reducirlos, ya sea por necesidades o por restricciones presupuestales y a petición de las mismas.

6.4.- Se realizará una reunión previa con la contratante y los licitantes que resulte adjudicado para la logística del servicio.

7.- GARANTÍA DE SERIEDAD DE PROPUESTA.

7.1.- En apego al Artículo 126 fracción I de la Ley, los licitantes deberán garantizar la seriedad de sus propuestas, mediante cheque cruzado el cual deberá contener la leyenda **“No negociable”**, o fianza a favor de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Puebla, por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total ofertado **máximo** sin incluir el IVA.

En caso de presentar cheque cruzado éste no deberá contener otra leyenda diversa a **“No negociable”**, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 178 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

En caso de exhibir cheque cruzado, éste deberá presentarse dentro de una mica o sobre, (no enmicado) por lo que no se aceptarán cheques engrapados o pegados en hojas blancas.

La garantía se exige para cubrir al Gobierno del Estado de Puebla contra el riesgo de incumplimiento por parte de los licitantes en los siguientes casos:

a) Si los licitantes retiran su oferta.

b) Si los licitantes a los que se les adjudicó el contrato derivado de esta licitación, no firman el mismo de conformidad con los plazos establecidos en estas bases.

En cualquiera de estos casos, la garantía de seriedad se aplicará en beneficio del Gobierno del Estado de Puebla, como indemnización por los daños ocasionados. Esta garantía deberá presentarse dentro del tercer sobre.

7.2.- En caso de que los licitantes, para garantizar sus propuestas, decidan otorgar póliza de fianza, ésta deberá ser expedida por afianzadora autorizada conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y su redacción será conforme al **ANEXO D**.

7.3.- No se aceptarán garantías con enmendaduras, tachaduras, rotas o perforadas. Ni cheques de cuentas de persona distinta al licitante. El presentarlas así será causa de descalificación.

7.4.- Esta garantía se regresará a los licitantes que no hayan resultado adjudicados, en un plazo de 15 días hábiles posteriores a la notificación del fallo respectivo.

7.5.- Por lo que respecta al licitante adjudicado, le será devuelto una vez que presente la garantía de cumplimiento respectiva, debidamente sellada de recibido por la contratante.

7.6.- El horario para recoger dichas garantías será de lunes a viernes de 10:00 a 15:00 horas en las oficinas de la Convocante, presentando el recibo y oficio de solicitud respectivo y copia de identificación de la persona que recibirá la garantía.

7.7.- La devolución de las garantías de seriedad a los licitantes se realizará en un periodo máximo de seis meses posteriores a la comunicación del fallo de esta licitación, después de este plazo, las garantías serán consideradas como canceladas y resguardadas en el archivo general.

EVENTOS DE LA LICITACIÓN:

8.- PREGUNTAS PREVIAS A LA JUNTA DE ACLARACIONES.

8.1.- Las dudas referentes a las especificaciones descritas, puntos de las bases y requisitos para los licitantes, serán recibidas a partir de la fecha de publicación y hasta el **LUNES 17 DE FEBRERO DE 2020 HASTA LAS 17:00 HORAS**, mismas que invariablemente deberán ser enviadas en el formato identificado como **ANEXO F** (no escaneado y en formato **WORD**), a través del correo electrónico que a continuación se señala (se deberá indicar en el asunto del correo la leyenda "**PREGUNTAS GESAL-004-042/2020 NOMBRE DEL LICITANTE**") debiendo enviar copia legible escaneada del comprobante de pago de Bases respectivo, por el mismo medio:

juntadeaclaraciones@puebla.gob.mx

QUEDA BAJO LA MÁS ESTRICTA RESPONSABILIDAD DE LOS LICITANTES, LLAMAR AL TELÉFONO (222) 2 29 70 00 /13/ /14/ EXT. 5033 PARA CONFIRMAR QUE SUS PREGUNTAS HAYAN SIDO RECIBIDAS, PREVIO A LA REALIZACIÓN DEL ACTO DE JUNTA DE ACLARACIONES.

Lo anterior, con el fin de que la Convocante esté en posibilidad de analizar, responder y dar lectura a las respuestas de las dudas planteadas en tiempo y forma, en el evento de junta de aclaraciones; en caso de no enviarlas al correo antes mencionado, en el formato correspondiente y dentro del término señalado anteriormente, la Convocante **NO SE HARÁ RESPONSABLE QUE LAS DUDAS PRESENTADAS NO SEAN RESPONDIDAS EN LA JUNTA MENCIONADA.**

Por ningún motivo se aceptarán preguntas por escrito y en forma directa, debiendo ser **invariablemente** a través de la dirección electrónica y hasta la hora prevista. Asimismo, no se aclarará en el evento señalado en el punto **9** de estas bases, duda alguna que no haya sido planteada con anterioridad o en el horario antes mencionado. Solo serán contestadas las preguntas de carácter técnico y legal previamente presentadas, reservándose la Convocante el derecho de resumirlas en caso de que éstas contengan comentarios adicionales.

8.2.- Las preguntas de los licitantes deberán realizarse precisando a que punto de las bases o del **ANEXO 1 o**

anexos se refieren, en caso de no presentarse como se indica, no serán tomadas en cuenta.

8.3.- No se tomarán en cuenta las preguntas de aquellos Licitantes que no hayan enviado su comprobante de pago de Bases, así como las preguntas, previamente al evento de Junta de Aclaraciones, de conformidad con el punto **8.1** de estas bases.

9.- JUNTA DE ACLARACIONES.

9.1.- FECHA, HORA Y LUGAR.- Este evento se llevará a cabo el día **JUEVES 20 DE FEBRERO DE 2020 A LAS 12:00 HORAS, EN LA SALA NO. 1 DE LA DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN**, ubicada en la Planta Baja del domicilio de la Convocante.

EN CASO DE QUE LA PERSONA QUE ASISTA NO TENGA EL PODER NOTARIAL, DEBERÁ ACREDITAR SU PERSONALIDAD MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE UNA CARTA PODER SIMPLE DEBIDAMENTE REQUISITADA PARA ACUDIR EN SU REPRESENTACIÓN AL EVENTO, **DEBIENDO ANEXAR INVARIABLEMENTE COPIA SIMPLE LEGIBLE DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE DE QUIEN OTORGA EL PODER Y DE QUIEN RECIBE (ORIGINAL PARA COTEJO Y COPIA SIMPLE).**

9.2.- Uno de los representantes de la convocante dará lectura a las respuestas de las preguntas que los licitantes hayan presentado previo a este evento por escrito en los términos señalados en el punto **8** de estas bases.

9.2.1.- Una vez que se concluya la lectura de las preguntas y respuestas por parte del funcionario que presida el evento, el Licitante podrá solicitar aclaración en base a sus preguntas planteadas, por lo que el Licitante deberá tomar nota, quedando bajo su responsabilidad estar atento a la lectura de las mismas.

9.3.- Los representantes de la Convocante y de la Contratante, así como los licitantes, firmarán el acta en la cual se encuentran asentadas las aclaraciones a las

dudas presentadas y se entregará copia del acta ya sea impresa o en medio electrónico a los asistentes. La omisión de firmas por parte de algún asistente no invalidará el contenido y efecto del acta.

9.4.- Todo lo que se establezca en el acta de Junta de Aclaraciones, será parte integrante de las bases de la presente licitación, de conformidad al Artículo 81 fracción II de la Ley, por lo que los cambios realizados deberán considerarse para la presentación de sus propuestas. El no cumplir con lo anterior será causa de descalificación.

9.5.- Toda vez que la presencia del licitante no es requisito indispensable para participar en este evento su inasistencia queda bajo su estricta responsabilidad, considerando que estará de acuerdo con las aclaraciones realizadas en la misma y que la convocante se libera de cualquier responsabilidad en relación a que algún licitante carezca de alguna información.

LOS LICITANTES DEBERÁN TRAER MEMORIA USB PARA QUE SE LES PROPORCIONE EN ARCHIVO DIGITAL PDF COPIA DEL ACTA DEL EVENTO DEBIDAMENTE FIRMADA.

10.- PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN LEGAL Y APERTURA DE PROPUESTAS TÉCNICAS.

10.1.- FECHA Y HORA.- Este evento será el día **MIÉRCOLES 26 DE FEBRERO DE 2020 A LAS 12:00 HORAS, EN LA SALA NO. 1 DE LA DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN**, ubicada en la Planta Baja del domicilio de la Convocante, el registro se llevará a cabo **10 minutos antes de esa hora.**

EXACTAMENTE a la hora señalada y tomando como base la hora que marca el reloj del recinto mencionado, se cerrarán las puertas del mismo, no permitiéndose el ingreso a documentación o licitante alguno, quedando descalificado automáticamente y sin responsabilidad alguna para la Convocante.

Para este evento solo podrá estar presente el licitante o su representante debidamente acreditado.

LOS LICITANTES DEBERÁN PRESENTAR

MEMORIA USB PARA QUE SE LES PROPORCIONE EN ARCHIVO DIGITAL PDF COPIA DEL ACTA DEL EVENTO DEBIDAMENTE FIRMADA, O TAMBIÉN SE PODRÁ UTILIZAR LA MEMORIA PRESENTADA DENTRO DEL SEGUNDO SOBRE.

10.2.- Los licitantes que adquirieron bases y se inscribieron, que no estén presentes al iniciar este acto, quedarán automáticamente descalificados.

DESARROLLO DEL EVENTO.

10.3.- Se hará declaración oficial del evento de presentación de documentación legal y apertura de propuestas técnicas.

10.4.- Se hará la presentación de los representantes de la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios.

10.5.- Se pasará lista de asistencia de los licitantes quienes deberán presentar, a través de sus representantes debidamente acreditados los **TRES SOBRES IDENTIFICADOS, CERRADOS Y SELLADOS CON CINTA ADHESIVA**, conforme a lo señalado en los puntos 3, 4 y 5 de estas bases.

10.6.- Con fundamento en el Artículo 85 fracción II de la Ley, se procederá a la apertura del primer sobre, con la documentación legal de cada licitante, que debe contener los originales o copias certificadas y copias simples de la documentación solicitada, mismas que se cotejarán en el momento. Los originales o copias certificadas serán devueltos a los licitantes, excepto lo solicitado en el **ANEXO A**. Las copias simples se quedarán invariablemente en poder de la Convocante.

En caso de que algún licitante quede descalificado por no presentar uno o varios de los documentos legales solicitados en el punto **3** de las presentes bases, se le hará entrega inmediatamente de los dos sobres que contienen la propuesta técnica, así como la económica, quedando bajo su elección el abandonar el recinto en ese momento.

10.7.- En caso de que la documentación presentada se encuentre completa, se procederá a abrir el segundo sobre de cada licitante, el cual debe contener lo solicitado en el punto 4 de estas bases.

10.8.- Las propuestas serán rubricadas al menos por un asistente a este evento.

10.9.- Se levantará acta circunstanciada del evento de presentación de documentación legal y apertura de propuestas técnicas, asentando los motivos de la descalificación de aquellos licitantes que hubiesen omitido cualquiera de los requisitos a que se refieren los puntos 3 y 4 de las presentes bases, las propuestas recibidas y las observaciones respectivas.

El acta será firmada por los asistentes, entregando copia ya sea impresa o en medio magnético al finalizar.

10.10.- La omisión de firmas por parte de algún asistente no invalidará el contenido y efecto del acta.

10.11.- El tercer sobre de cada licitante, cerrado y sellado, que debe contener la propuesta económica y la garantía de seriedad de propuestas, será debidamente firmado por los asistentes, quedando los mismos en custodia de la Convocante hasta el día del evento de la apertura de propuestas económicas.

10.12.- Si se da el caso en el que algún licitante no presente alguno o ninguno de los sobres solicitados y haya comprado bases, se le dará acceso al evento pero quedará automáticamente descalificado, situación que será asentada en el acta correspondiente.

11.- EVALUACIÓN TÉCNICA.

La Contratante y la Convocante realizarán la evaluación de las propuestas técnicas recibidas, para determinar el dictamen técnico respectivo, mismo que se dará a conocer en el evento señalado en el punto 12 de estas bases.

CRITERIOS QUE SE APLICARÁN PARA LA EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS

11.1.- Se evaluará que la descripción técnica ofertada por el licitante corresponda invariablemente con lo solicitado en el **ANEXO 1** más los documentos solicitados en el punto 4.6, ambos de las presentes bases.

El no cumplir con lo anterior será causa de

descalificación

11.2.- Elementos para la evaluación técnica.- La evaluación de las propuestas técnicas se realizará comparando el servicio ofertado por los licitantes, con:

- a) Todo lo solicitado en estas bases;
- b) Cartas, Anexos, etc. y
- c) Demás requisitos que se soliciten en la junta de aclaraciones.

12.- COMUNICACIÓN DE EVALUACIÓN TÉCNICA.

12.1.- FECHA, HORA Y LUGAR.- Este evento se llevará a cabo el día **VIERNES 06 DE MARZO DE 2020 A LAS 12:00 HORAS, EN LA SALA NO. 1 DE LA DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN**, ubicada en la Planta Baja del domicilio de la Convocante.

12.2.- La Convocante procederá a informar el resultado de la evaluación de las propuestas técnicas, de cada licitante, según dictamen correspondiente.

12.3.- Con relación a las propuestas técnicas descalificadas, en ese momento será devuelto el tercer sobre al o los licitantes correspondientes.

12.4.- Si la propuesta técnica es rechazada y el licitante no asiste a este evento, el tercer sobre cerrado y sellado, quedará en poder de la Convocante, hasta en tanto el licitante acuda a solicitarlo, mediante escrito firmado por la persona autorizada para ello, en un plazo máximo de seis meses posteriores a la comunicación del fallo de esta licitación, después de este plazo, será considerada como cancelada y resguardadas en el archivo general. Una vez firmada el acta correspondiente a esta comunicación de evaluación técnica, se procederá con:

13.- APERTURA DE PROPUESTAS ECONÓMICAS.

DESARROLLO DEL EVENTO:

13.1.- Se hará declaración oficial del evento de apertura de propuestas económicas.

13.2.- Se pasará lista de asistencia de los licitantes

cuyas propuestas técnicas fueron aceptadas.

13.3.- En el caso de las propuestas aceptadas, se procederá a la apertura del tercer sobre y una vez verificada la garantía de seriedad, se dará lectura en voz alta a la propuesta económica.

13.4.- Cuando algún licitante no asista a este evento y su propuesta técnica sea aceptada, el tercer sobre que debe contener la propuesta económica, así como la garantía solicitada, en ese instante será abierto por un representante de la Convocante y se procederá a dar lectura a la misma.

13.5.- Las propuestas económicas serán firmadas por los asistentes.

13.6.- Se levantará acta circunstanciada del evento asentando los importes unitarios y totales de todas y cada una de las propuestas económicas aceptadas y las observaciones respectivas, firmando los asistentes y entregando copia a los mismos.

13.7.- Para los fines de la evaluación económica, en caso de error aritmético, prevalecerán los precios unitarios. Cuando se presente un error de cálculo en las propuestas presentadas, solo habrá lugar a su rectificación por parte de la convocante, cuando la corrección no implique la modificación de precios unitarios. En caso de discrepancia entre las cantidades escritas con letra y con número prevalecerá la cantidad con letra.

NO ES OBLIGATORIA LA PRESENCIA DE LOS LICITANTES, Y LA FALTA DE ALGUNA FIRMA NO INVALIDARÁ EL ACTA DEL EVENTO.

13.8.- La Secretaría podrá negociar a la baja los precios contenidos en las propuestas económicas de los licitantes, cuando exista el riesgo de declararse desierto el procedimiento, siempre y cuando se haga del conocimiento previo de todos los licitantes presentes al momento de la apertura de propuestas; lo anterior de conformidad con la fracción III del Artículo 81 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

13.9.- Si se da el caso de negociación, la Convocante levantará el acta respectiva junto con el órgano Interno

de Control y la Contratante, y el Licitante donde se asentará el resultado de este hecho.

LOS LICITANTES DEBERÁN PRESENTAR MEMORIA USB PARA QUE SE LES PROPORCIONE EN ARCHIVO DIGITAL PDF COPIAS DE LAS ACTAS DEL EVENTO DEBIDAMENTE FIRMADAS, O TAMBIÉN SE PODRÁ UTILIZAR LA MEMORIA PRESENTADA DENTRO DEL TERCER SOBRE.

14.- FALLO.

14.1.- La Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 88 y 90 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, comunicará el acta de fallo vía correo electrónico, a los licitantes participantes, a partir de las **17:00 HORAS DEL MARTES 10 DE MARZO DE 2020 Y HASTA LOS PRÓXIMOS 5 DÍAS NATURALES.**

14.2.- Una vez que el Acta de Fallo es enviada, es responsabilidad del licitante adjudicado confirmar la recepción de la misma, de no hacerlo, se da por entendido que fue recibida y comunicada para cualquier efecto.

ASPECTOS GENERALES:

15.- DESCALIFICACIÓN DE LOS LICITANTES

Será motivo de descalificación a los licitantes que incurran en uno o más de los siguientes supuestos:

15.1.- Por no estar presentes al iniciar el evento de presentación de documentación legal y apertura de propuestas técnicas.

15.1.1- Por no presentar **constancia de no inhabilitado vigente para participar en procedimientos de adjudicación.**

15.2.- Si no presenta o no cumple con todos y cada uno de los requisitos solicitados en las bases de la presente licitación, de conformidad a lo señalado en el Artículo 80 fracción VII de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, ya que todos los requisitos solicitados son esenciales.

15.3.- Si la propuesta técnica, económica y demás documentos solicitados no se presentan en hojas membretadas originales del licitante, dirigidas a la Convocante, indicando número de licitación, selladas (obligatorio en caso de ser persona moral) y firmadas por el representante legal, indicando en la última hoja, el nombre y puesto del mismo.

15.4.- Si se comprueba que algún licitante ha acordado con otro u otros elevar los precios servicio, o cualquier otro acuerdo que tenga como fin obtener una ventaja sobre los demás licitantes.

15.5.- Si no presenta la garantía solicitada en el punto 7 de estas bases dentro del tercer sobre o cuando el valor de la garantía para la seriedad de propuestas, sea inferior al 10% (diez por ciento) del monto total de la oferta sin incluir el I.V.A. (según sea el caso), o si esta garantía no se encuentra debidamente requisitada.

15.6.- Cuando se compruebe que algún licitante se encuentre dentro de los supuestos que marca el Artículo 77 de la Ley.

15.7.- Si no presenta original y copia de la propuesta técnica o si esta última estuviera incompleta.

15.8.- Si su propuesta no indica el periodo de prestación del servicio o periodo de garantía o si éstos no se ajustan a los establecidos en estas bases.

15.9.- Si en la propuesta ya sea técnica o económica, o en ambas, existe información que se contraponga.

15.10.- En caso de que la carta solicitada en el punto 3.2 se presente con alguna restricción o salvedad

15.11.- Cualquier punto o concepto adicional no solicitado en las bases, que sea presentado en la propuesta técnica o económica y que esta afecte a los intereses del Gobierno del Estado de Puebla.

15.12.- Si se demuestra que el licitante utiliza o ha utilizado documentación no auténtica, falsa, apócrifa o declarado falsamente en éste o cualquier otro procedimiento de adjudicación previsto por la Ley en el que se encuentre participando, cualquiera que sea el

estado del procedimiento en cuestión.

15.13.- La inclusión de elementos en cualquiera de las propuestas técnica, económica e incluso en la documentación legal, que implique el otorgamiento de bienes o servicios en condiciones inferiores a las establecidas por las bases y eventualmente modificadas por la Junta de Aclaraciones, toda vez que lo anterior representa una negociación indirecta de las Bases, de conformidad con lo establecido en los artículos 79 fracción V y 80 fracción X de la Ley de la materia expresamente establecen que el contenido de las bases no es negociable.

15.14.- En aquellos casos en que la inclusión sea de elementos que impliquen condiciones superiores a las establecidas, se estará a lo que al efecto determine la Convocante, previo análisis de la conveniencia de la aceptación de dichas condiciones, por lo que de determinarse que no son convenientes y por ende representan ofrecimiento de condiciones inferiores, será procedente la descalificación.

15.15.- Por no cumplir con la descripción detallada del servicio en su propuesta técnica conforme al **ANEXO 1** de estas bases, así como por no considerar los cambios derivados de la junta de aclaraciones.

15.16.- Por no presentar los **ANEXOS B y C**, debidamente requisitados, o bien la información requerida no coincida conforme a lo solicitado en el **ANEXO 1** o bien, si éste no se presenta en los formatos indicados en estas bases.

15.17.- Si en el evento señalado en el punto 10 de estas bases, no presenta alguno de los 3 sobres requeridos.

15.18.- Por no aplicar en sus propuestas, los cambios derivados de la junta de aclaraciones.

15.19.- Por no presentar o por no cumplir con algún requisito legal solicitado en el punto 3 de las presentes bases.

15.20.- Por no presentar o por no cumplir con algún requisito técnico solicitado en el punto 4.6 de las presentes bases.

15.21.- Por no presentar o por no cumplir con algún requisito económico solicitado en el punto 5 de las presentes bases.

15.22.- Por presentar dos o más propuestas técnicas o económicas por partida.

15.23.- Por no presentar las propuestas legales, técnicas y económicas originales con firma autógrafa del licitante o la persona autorizada para ello.

16.- CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN.

16.1.- El criterio de adjudicación será **por partida** en favor de aquellos licitantes que cumplan con los requisitos legales, técnicos, económicos y que oferte el **precio más bajo de la suma total que resulte de la multiplicación de los consumos promedio mensuales que establece la contratante en los ANEXOS 18 al 44 y el precio unitario de cada servicio, estudio y/o procedimiento considerado en la partida** para la cual participen los licitantes. El monto adjudicado será de acuerdo a los presupuestos autorizados.

16.2.- Si resultare que 2 o más propuestas satisfacen la totalidad de los requerimientos de la convocante, y exista un empate en el precio, se adjudicará el servicio a aquel licitante que siendo persona física o jurídica, tenga establecido su domicilio fiscal dentro del territorio del Estado de Puebla; entendido como tal, el que se haya manifestado ante el registro federal de contribuyentes para los efectos fiscales.

16.3.- Si una vez verificado lo establecido en el punto anterior, apareciere que más de un proveedor tiene la personalidad de poblano, la partida o partidas se dividirán entre los participantes empatados y en caso de que no sea susceptible de ser dividido, se establecerá el procedimiento de puja a la baja, en el cual todos los Licitantes en empate, podrán en ese mismo acto reevaluar sus propuestas y otorgar un nuevo precio **mismo que por ningún motivo deberá ser superior al originalmente presentado**, de conformidad con el artículo 89 de la ley en la materia.

16.4.- La convocante podrá modificar los montos adjudicados, pudiendo aumentar o reducir estos, ya sea por necesidades o por restricciones

presupuestales Y A PETICIÓN DE LA Contratante.

16.5.- El contrato derivado del presente procedimiento se realizará en la modalidad de contrato abierto; lo anterior con fundamento en el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, por lo que la contratante se obliga a adquirir los montos mínimos requeridos, quedando los máximos sujetos en función de las necesidades y suficiencia presupuestal de la misma.

17.- DECLARACIÓN DE LICITACIÓN Y/O PARTIDA DESIERTA O CANCELADA

La presente licitación podrá declararse desierta y/o cancelada en los siguientes casos:

17.1.- Cuando las propuestas presentadas no reúnan los requisitos esenciales previstos en las bases de la presente licitación, con fundamento en el Artículo 92 fracción I de la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

17.2.- Si después de efectuada la evaluación, no fuese posible adjudicar el contrato objeto de la presente licitación con ningún participante porque sus precios rebasen el presupuesto autorizado, de conformidad con el Artículo 92 fracción II de la Ley.

17.3.- Cuando no adquieran las bases de esta licitación por lo menos tres licitantes o habiéndose inscrito no se presente ninguna propuesta, de acuerdo con el Artículo 92 fracción III de la Ley.

17.4.- Si después de realizarse la evaluación, no fuera posible adjudicar el contrato a ninguno de los licitantes por así convenir a los intereses de la convocante y/o contratante, de conformidad con el artículo 92 fracción IV de la Ley.

17.5.- Por caso fortuito o fuerza mayor, o bien existan circunstancias que provoquen la extinción de la necesidad de esta licitación de conformidad con el Artículo 91 de la Ley.

17.6.- Por restricciones presupuestales de la CONTRATANTE.

18.- GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

18.1.- De conformidad con el Artículo 126 fracción III de la Ley, el proveedor ganador, garantizará el cumplimiento del contrato, así como la indemnización por vicios ocultos, mediante cheque certificado, de caja, fianza o hipoteca otorgada a favor de la **Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Puebla**, por un importe equivalente al **10% (diez por ciento) del monto total adjudicado máximo con IVA.**

Garantía que deberá cubrir el cumplimiento oportuno en la entrega de los bienes o la prestación de los servicios, calidad y vicios ocultos, la cual deberá presentarse a la firma del contrato citado. En caso de ser fianza deberá presentarse conforme al **ANEXO E.**

18.2.- No se aceptarán garantías de cumplimiento de contrato diferente a cheque certificado, de caja, fianza o hipoteca, con independencia del texto del contrato y del importe adjudicado.

18.3.- Cabe destacar que en caso de que algún proveedor adjudicado no presente la garantía de cumplimiento, se estará a lo previsto en el artículo 105 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

18.4.- Con fundamento en el artículo 128 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, la garantía de cumplimiento de contrato deberá presentarse a más tardar dentro de los cinco días naturales siguientes al que se firme, salvo que la entrega de los bienes o la prestación de los servicios se realice dentro del citado plazo.

19.- CONTRATOS.

19.1.- El proveedor adjudicado, deberá presentarse a firmar y recibir el contrato derivado de la presente licitación dentro de los **5 DÍAS HÁBILES** siguientes a la notificación del fallo respectivo, en las instalaciones de la convocante, con los documentos señalados (original y dos copias) y a través de los representantes acreditados:

- Garantía de Cumplimiento del contrato.
- Cédula de identificación fiscal o R.F.C.
- Acta constitutiva de la persona jurídica o acta de

nacimiento en caso de ser persona física. Para el caso de que la empresa haya tenido modificaciones a su acta constitutiva, deberá presentar las últimas modificaciones correspondientes.

d) Poder notarial del representante o apoderado legal de la empresa.

e) Identificación Oficial vigente con fotografía del apoderado o representante legal.

f) Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses.

g) Constancia de no adeudo relativa al cumplimiento formal de obligaciones y la inexistencia de créditos fiscales expedida por la Secretaría de Planeación y Finanzas vigente. (De acuerdo al artículo 29 apartado C fracción II de la Ley de Ingresos del Estado de Puebla, para el Ejercicio Fiscal 2020 y el artículo 24 E del Código fiscal del Estado de Puebla).

h) Documento vigente con una antigüedad no mayor a 30 días naturales, expedido por el instituto mexicano del seguro social (IMSS) sobre la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social en sentido positivo; la cual deberá tramitar el proveedor adjudicado en la página www.imss.gob.mx

i) Documento emitido por el instituto del fondo nacional de la vivienda para los trabajadores (INFONAVIT), con antigüedad no mayor a 30 días naturales en el se hará constar que el proveedor no tiene adeudos con el organismo, firmado por el representante legal; en términos del acuerdo del h. Consejo de administración del instituto del fondo nacional de la vivienda para los trabajadores por el que se emiten las reglas para la obtención de la constancia de situación fiscal en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos, publicado en el diario oficial de la federación el 28 de junio de 2017.

En su caso, aquellos documentos que, con motivo de esta licitación, se hubieren comprometido a entregar.

La documentación original será devuelta inmediatamente después de que se haya cotejado, a excepción de la garantía de cumplimiento.

19.2.- En caso de no presentarse a la formalización del contrato, o no presentar alguno de los documentos mencionados en el punto **19.1** dentro del tiempo y lugar estipulado en el punto anterior, no se podrá

proceder a la formalización del contrato y se hará efectiva la garantía de seriedad de propuesta y la contratación pasará al segundo lugar.

En términos de lo previsto en el artículo 25 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Estatal y Municipal, al momento de resultar adjudicado con un contrato, deberá realizar los trámites administrativos y legales con la finalidad de obtener su registro en el padrón de proveedores.

20.- MODIFICACIÓN DE LOS CONTRATOS

20.1.- La contratante bajo su responsabilidad y por razones fundadas podrá modificar el contrato dentro de los seis meses posteriores a su firma, siempre que el monto total de las modificaciones no rebase, en conjunto, o separadamente el 20% (veinte por ciento en tiempo y monto) de los conceptos y volúmenes establecidos originalmente en los mismos. Estos se formalizarán por escrito, de conformidad con el Artículo 112 de la Ley.

21.- RESCISIÓN DEL CONTRATO.

La contratante podrá rescindir administrativamente el contrato cuando el proveedor no cumpla con las obligaciones derivadas del mismo, tales como:

21.1.- Si no cumple con la entrega de los bienes o la prestación de los servicios en el tiempo y forma convenidos.

21.2.- Por el incumplimiento de las demás obligaciones del contrato celebrado.

21.3.- Cuando las diversas disposiciones legales aplicables al respecto así lo señalen.

21.4.- Por casos fortuitos o de fuerza mayor.

Cuando se rescinda el contrato, la contratante deberá informar a la convocante a efecto de que ésta verifique conforme al criterio de adjudicación, si existe otra proposición que resulte aceptable, en cuyo caso, el contrato se celebrará con el licitante que ocupara el segundo lugar en precios más bajos y cuya oferta técnica haya sido aceptada.

21.5.- Para rescindir administrativamente el contrato por causas imputables al proveedor se hará de la siguiente manera:

a) Podrá iniciarse al día siguiente a aquel en que se tenga conocimiento del incumplimiento.

b) Se comunicará por escrito al presunto infractor los hechos constitutivos de la infracción, para que dentro del término, que para tal efecto se señale y que no podrá ser menor a 3 días hábiles, exponga lo que a su derecho convenga y aporte las pruebas que estime pertinentes.

c) Transcurrido el término a que se refiere el punto anterior, se resolverá considerando los argumentos y pruebas que se hubiesen hecho valer; y

d) La resolución será debidamente fundada y motivada y se notificará personalmente por correo certificado con acuse de recibo al infractor, dentro de un término de **15 DÍAS HÁBILES**.

22.- LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

22.1.- LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.- Se requieren los **SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS** mediante contratos abiertos por el periodo comprendido a partir del **día hábil siguiente de la formalización de los contratos hasta el 31 de diciembre de 2020**, en los lugares que se indican en cada partida, respecto de los cuales la contratante solo estará obligado a contratar el monto mínimo autorizado, quedando el presupuesto máximo en función a las necesidades y la suficiencia presupuestal correspondientes, de conformidad con lo dispuesto con el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

El licitante deberá acudir con el Jefe del Departamento de Administración de Servicios Subrogados previa cita, al teléfono 5-51-02-00 Ext. 1362.

22.2.- El inicio del servicio deberá ser notificado a la convocante mediante el formato identificado como **"ANEXO H"** parte 1 al correo electrónico jesica.tovar@puebla.gob.mx, con una anticipación mínima de 24 hrs, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 107 fracción IV de la Ley.

Teléfono para notificación: **(222) 2 29 70 00 ext. 5033**

22.3.- La supervisión del servicio se hace consistir en una facultad de la convocante, la cual puede o no ejercer, de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 133 de la Ley, sin que lo dispuesto por la fracción XII del Artículo 45 de la misma Ley se contraponga a aquella disposición.

23.- SANCIONES Y PENAS CONVENCIONALES

Las sanciones que la contratante aplicará serán las estipuladas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

Se harán efectivas las garantías respectivas a la seriedad de las propuestas en los siguientes casos:

23.1.- Cuando los licitantes no sostengan sus propuestas o se retiren de la licitación, después del acto de apertura de propuestas técnicas.

23.2.- Cuando el licitante adjudicado no confirme su aceptación para que se le adjudique el contrato dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a la fecha en que se hubiere comunicado el fallo.

23.3.- Cuando el licitante adjudicado no entregue la garantía de cumplimiento, dentro de los **5 (cinco) días hábiles** posteriores a la firma del contrato.

23.4.- Se hará efectiva la garantía de cumplimiento, cuando exista incumplimiento en el servicio, por no iniciar el servicio motivo de esta licitación en los plazos y especificaciones establecidos en las Bases, o por dar servicios de calidad inferior a la pactada.

23.5.- Las penas convencionales se aplicarán por causas imputadas al proveedor, serán del 2% del monto correspondiente a los servicios no iniciados o pendientes de realizar del contrato (sin incluir I.V.A.), según corresponda, y se aplicarán de acuerdo a lo siguiente:

- a) Cuando el proveedor no inicie con la prestación de los servicios en la fecha indicada, la pena convencional se aplicará por cada día natural de retraso a partir del día siguiente a aquel en que haya quedado

establecida la fecha para el inicio de los mismos y será en razón de los servicios no iniciados (sin incluir I.V.A.).

- b) Cuando el proveedor no preste el servicio en la fecha, lugar y hora requeridos y el resultado resulte urgente, y se aplicara dicha pena convencional en razón de los servicios pendientes por realizar (sin incluir I.V.A.), por cada servicio no prestado oportunamente.
- c) Cuando el proveedor no preste el servicio en la fecha, lugar y hora requerida y el resultado no sea urgente, y se aplicara dicha pena convencional por cada día natural de retraso a partir del día siguiente a aquel en que debiera entregarlos, en razón de los servicios pendientes por realizar (sin incluir I.V.A.).

El monto que corresponda por la pena convencional aplicada será deducido a través de cheque certificado, de caja o nota de Crédito en las facturas de trámite de pago. Dicho documento que deberá estar a nombre de: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla y deberá ser presentado previamente a la entrega de la facturación.

Lo anterior sin perjuicio de que la contratante pueda rescindir el contrato, total o parcialmente, según sea el caso, haciendo efectiva la póliza de garantía y podrá adjudicar el contrato al segundo lugar.

En caso de que la contratante autorice una prórroga, por causas imputables al licitante, durante la misma, se aplicará la sanción establecida en este punto por cada día de prórroga.

- d) La aplicación de las sanciones serán las estipuladas en la Ley.

24.- PAGO

24.1.- El proveedor deberá ingresar sus facturas con la Contratante cubriendo los requisitos legales y administrativos vigentes, ya que será la

responsabilidad del proveedor, los problemas que para su cobro representen. Las facturas deberán ser expedidas de acuerdo a lo siguiente:

| | |
|------------------|---|
| NOMBRE | INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA |
| R.F.C. | ISS810211 CA0 (ISS OCHO UNO CERO DOS UNO UNO C A CERO) |
| DIRECCIÓN | CALLE VENUSTIANO CARRANZA NO. 810, COLONIA SAN BALTAZAR CAMPECHE PUEBLA, PUE., CÓDIGO POSTAL 72550. |

24.2.- La contratante no cubrirá factura que no esté validada en su totalidad, además no liberará el pago de las facturas correspondientes si éstas no cuentan con toda la documentación que ampare la total realización del servicio.

La Factura Electrónica (CFDI) deberá enviarse al correo electrónico servicios_subrogadoscfdi@outlook.com

La contratante no liberará el pago de las facturas correspondientes si no están integradas con toda la documentación que ampare el total otorgamiento del servicio, (facturas, nota de crédito, carta compromiso, aviso de cancelación en su caso, etc.), así como los entregables que se establecen en la descripción de cada partida.

La factura deberá contener la descripción del servicio prestado, sujetándose al que ese establezca en el respectivo Contrato que celebre con la contratante.

Se facturará por servicio, señalando el mes en que se otorgó el servicio y el número de procedimiento mediante el cual fue adjudicado; asimismo la factura deberá ser firmada por el Subdirector General Médico y el Subdirector General de Finanzas y Administración.

24.2.1.- Para efectos de facturación se deberá adjuntar la siguiente documentación en original:

a) Factura electrónica CFDI y factura digital con formato XML que será enviada a la siguiente dirección de correo electrónico por cada operación realizada: servicios_subrogadoscfdi@outlook.com

b) Documentación soporte original de la factura que podrá consistir en:

- Pase subrogados originales y/o solicitud del servicio con firma del médico solicitante o tratante y sello del área médica correspondiente

c) Relación mensual de servicios otorgados que deberá incluir la siguiente información:

- Fecha o periodo de la prestación del servicio,

- Cantidad y descripción del servicio,

- Precio unitario,

- Subtotal,

- Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar),

- Total,

- Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido.

24.2.2.- Los licitantes dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes, entregarán las facturas originales correspondientes al mes inmediato anterior, debidamente firmadas por el representante legal, con la documentación soporte establecida como entregables en la descripción de cada una de las partidas, en la Dirección de la Región respectiva de la contratante, para que esta instancia valide y recabe las autorizaciones de la Jefatura de Servicios Médicos Foráneos, para su trámite de pago.

PARA LA PARTIDA 26:

24.2.3.- Los licitantes dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes, entregarán las facturas originales correspondientes al mes inmediato anterior, debidamente firmadas por el representante legal, con la documentación soporte establecida como entregables en la descripción de cada una de las partidas, para el caso de los traslados en las regiones foráneas, en la Dirección de la Región respectiva de la contratante, para que esta instancia valide y recabe las autorizaciones de la Jefatura de Servicios Médicos

Foráneos, para su trámite de pago, para el caso de la zona metropolitana, se entregaran en la Subdirección Administrativa del Hospital de Especialidades 5 de, para que esta instancia valide y recabe las firmas de la Dirección y Subdirección Administrativa de ese Hospital.

24.3.- El pago se realizará en exhibiciones mensuales, dentro de los **20 días hábiles** a partir de la entrega de las facturas debidamente requisitadas y selladas de recibido por el Departamento de Administración de Servicios Subrogados.

24.3.1.- Solo será cubierto por la contratante el I.V.A., cualquier otro impuesto o derecho deberá ser cubierto por parte del proveedor.

24.4.- La contratante no otorgará anticipos a los licitantes adjudicado en este procedimiento, ni cubrirá facturas de pedido que no estén surtidos en su totalidad, además no liberará el pago de las facturas correspondientes a una solicitud si estos no cuentan con toda la documentación que avale el otorgamiento del servicio (facturas, nota de crédito, carta compromiso, aviso de cancelación en su caso, etc.).

24.5.- Los licitantes deberán considerar en su factura la retención de 5 al millar del artículo el artículo 34 fracción VI de la Ley de Ingresos del Estado de Puebla vigente para el ejercicio fiscal 2020.

25.- ASPECTOS VARIOS.

25.1.- Una vez que los licitantes hayan ingresado al recinto establecido, durante cualquier etapa, no podrán utilizar aparatos de intercomunicación de ningún tipo, (teléfonos celulares, radios, computadoras portátiles, etc.).

25.2.- Una vez iniciado el evento de presentación de documentación legal y apertura de propuestas técnicas, no podrá ingresar licitante alguno o introducir al recinto documento alguno.

25.3.- Los lugares, fechas y horarios de los distintos eventos que conforman la licitación podrán ser suspendidos, cambiados o diferidos de conformidad con las necesidades de la convocante con el fin de proveer al óptimo desarrollo de la Licitación, siempre

apegándose a lo dispuesto para tal efecto en la Ley, por lo anterior será de la más estricta responsabilidad del licitante por medio de sí o de quien lo represente, el presentarse en todos y cada uno de los eventos tanto en las fechas indicadas en las presentes bases, así como en las que al efecto sean señaladas como sustitución a éstas, lo cual invariablemente le será señalado en los eventos de junta de aclaraciones o de aperturas. Lo anterior sin que bajo ninguna circunstancia tenga la convocante obligación alguna de notificar personalmente al licitante acerca del estado, resultado, fechas, horas o lugares de cualquier evento de la presente licitación pues en estas bases le han sido informadas tales circunstancias o lo serán en las actas que al efecto se levanten.

26.- INCONFORMIDADES.

26.1.- Las inconformidades que se susciten con motivo de la interpretación o ejecución derivadas de estas bases, se resolverán con apego a lo previsto en el Artículo 143 de la Ley Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal y demás disposiciones aplicables.

**ATENTAMENTE
CUATRO VECES HEROICA PUEBLA DE
ZARAGOZA A 14 DE FEBRERO DE 2020**

**LIC. GUALBERTO GUERRERO MARTÍNEZ
DIRECTOR DE ADQUISICIONES DE BIENES Y
SERVICIOS**

LLL/ MSEG/JTV

ANEXO A

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA.

**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS**

Por medio de la presente, en mi carácter de representante legal de **(PERSONA FÍSICA O MORAL)** declaro bajo protesta de decir verdad que:

A) PERSONA FÍSICA

- Que no me encuentro en ninguno de los supuestos del artículo 77 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
- Que conozco en su integridad y manifiesto mi conformidad con todos y cada uno de los puntos y requisitos esenciales establecidos en el presente procedimiento **GESAL-004-042/2020**.
- Que sujeto la información proporcionada en la documentación legal, en la propuesta técnica y económica a la evaluación de la Convocante y la Contratante.
- Soy: **MICRO, PEQUEÑA, MEDIANA o GRANDE** empresa. (Especificar el tamaño de empresa).

B) PERSONA MORAL

- Cuento con facultades suficientes para suscribir a nombre de mi representada la propuesta correspondiente.
- Que el poder con el que acredito mi representación no me ha sido revocado ni limitado en forma alguna.
- Que mi representada no se encuentra en ninguno de los supuestos del artículo 77 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.
- Que conoce en su integridad y manifiesta su conformidad con todos y cada uno de los puntos y requisitos esenciales establecidos en el presente procedimiento **GESAL-004-042/2020**.
- Que sujeto la información proporcionada en la documentación legal, en la propuesta técnica y económica a la evaluación de la Convocante y la Contratante.
- Manifiesto que mi representada es: **MICRO, PEQUEÑA, MEDIANA o GRANDE** empresa. (Especificar el tamaño de empresa).

**ATENTAMENTE
LUGAR Y FECHA**

**NOMBRE, PUESTO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA
SELLO DE LA EMPRESA**

CARÁTULA DEL ANEXO B

RESUMEN DE LA PROPUESTA TÉCNICA

FECHA: _____

| NOMBRE DEL LICITANTE | | | |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------------|--|
| DIRIGIDA A: | | | SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS |
| LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL | | | GESAL-004-042/2020 |
| CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE: | | | SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA. |
| No. de Partida | Cantidad | Unidad de medida | Descripción General |
| 1 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos en Tecamachalco, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 2 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en San Martín Texmelucan del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto, por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 3 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos en Tepexi de Rodríguez, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto, por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 4 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Ciudad Serdán del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 5 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Libres del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 6 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos en Izúcar de Matamoros del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |

| | | | |
|----|---|----------|--|
| 7 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Acatlán de Osorio, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 8 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Chiautla de Tapia, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto, por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 9 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos en Atlixco del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 10 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Tehuacán, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 11 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Huauchinango del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 12 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Tlatlauquitepec del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 13 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Zacatlán del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 14 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación de los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X en Tecamachalco, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el presupuesto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante . |
| 15 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación de los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X en Izúcar de Matamoros del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el presupuesto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante . |
| 16 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación de los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X en Tehuacán del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el presupuesto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 17 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación de los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X en Huauchinango |

| | | | |
|----|---|----------|--|
| | | | del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el presupuesto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 18 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación de los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X en la Región 7 Zacatlán del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el presupuesto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante . |
| 19 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización y Laboratorio de Análisis Clínicos en Tepeaca para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 20 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos y Ultrasonografía Diagnóstica en San Martín Texmelucan para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 21 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos y Ultrasonografía Diagnóstica en Ciudad Serdán para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante . |
| 22 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias y Consultas de Urgencias en Atlixco para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 23 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos y Ultrasonografía Diagnóstica en Tehuacán para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante . |
| 24 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias y Consultas de Urgencias en Huauchinango para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 25 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos y Ultrasonografía Diagnóstica en Teziutlán para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 26 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicio de Traslado en Ambulancia para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, |



SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | |
|----|---|----------|---|
| | | | Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |
| 27 | 1 | SERVICIO | Se requiere la contratación del Servicios de Rehabilitación en Tehuacán, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante. |

NOTA: EN EL PRESENTE FORMATO SOLO DEBERÁN INCLUIRSE LAS PARTIDAS QUE COTICE EL LICITANTE.

A T E N T A M E N T E

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA
SELLO DE LA EMPRESA

ANEXO B

PROPUESTA TÉCNICA

Formato para la presentación de la Propuesta Técnica con características originales, el licitante tendrá que tomar en cuenta todos los cambios que se generen de la Junta de Aclaraciones para la presentación de su propuesta.

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA.

**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PRESENTE**

| NOMBRE DEL LICITANTE: | | | | |
|---|----------|------------------|------------------------------------|---------------------|
| PARTIDA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | PERIODO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO | PERIODO DE GARANTÍA |
| 1 | 1 | SERVICIO | | |
| DESCRIPCIÓN TÉCNICA DETALLADA DEL SERVICIO: | | | | |
| (DESCRIPCIÓN DETALLADA CONFORME AL ANEXO1) | | | | |

LUGAR Y FECHA

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA
SELLO**

NOTAS:

- 1.- El licitante deberá respetar y llenar el presente formato con toda la información solicitada, en caso de no hacerlo, será causa de descalificación. Este formato se presentará en **WORD**.
- 2.- El licitante deberá capturar y presentar su propuesta técnica a renglón seguido, evitando dividir la tabla o presentando hoja por partida, tampoco se deberán intercalar datos entre las filas de la tabla. Únicamente podrán configurar la página para que ésta se imprima correctamente en sus hojas membretadas.
- 3.- Todos son requisitos esenciales la falta de alguno de ellos será causa de descalificación
- 4.- Firmada y sellada (obligatorio en caso de ser persona moral) en todas y cada una de sus hojas, indicando nombre y puesto de la persona autorizada.

ANEXO B1

CURRÍCULUM VITAE DEL LICITANTE

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA.

**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PRESENTE**

INDICACIONES: Todos los campos del presente anexo se deberán llenar sin excepción alguna. En caso de que no exista la información de alguno de los campos se deberá asentar “NO APLICA”.

Se podrán utilizar los espacios que requiera en cada uno de los campos del presente anexo.

_____(Nombre completo)____ manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos aquí asentados, son ciertos y han sido debidamente verificados así como que cuento con facultades suficientes para suscribir la propuesta en el presente procedimiento de adjudicación, a nombre y representación de: (persona jurídica); y que la documentación que se entrega con la propuesta es verídica, legítima y fidedigna.

| 1. INFORMACIÓN GENERAL | | |
|---|-------------------------|---------------------|
| NOMBRE DEL LICITANTE | | |
| RFC CON HOMOCALVE | | |
| DOMICILIO FISCAL | CALLE: | NÚMERO: |
| | COLONIA: | C.P. |
| | DELEGACIÓN O MUNICIPIO: | ENTIDAD FEDERATIVA: |
| TELÉFONOS | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | |
| NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL | | |

| 2. PRINCIPALES SERVICIOS O PRODUCTOS QUE MANEJE, INDICANDO SUS PRINCIPALES MARCAS, (ÉSTOS DEBEN SER PRODUCTOS IGUALES O SIMILARES A LOS SOLICITADOS EN EL PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN). |
|--|
| |

| 3. INDICAR LA EXPERIENCIA QUE SE TIENE EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS IGUALES O SIMILARES A LOS SOLICITADOS EN EL PROCEDIMIENTO (ESTÁ DEBE SER POR LO MENOS DE 2 AÑO DE ANTIGÜEDAD). |
|---|
| |

| 4. RELACIÓN DE PRINCIPALES CLIENTES (MÍNIMO 3) DEBERÁN SER DEL MISMO GIRO O SIMILAR AL SOLICITADO EN EL PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN/CONTRATACIÓN). | | |
|--|--|--|
| 1 | NOMBRE COMPLETO: | |
| | DEPARTAMENTO AL QUE SE LE VENDIÓ O SE PRESTÓ EL SERVICIO | |
| | CONTACTO DE VENTA (NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA) | |
| | ESPECIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO QUE SE PRESTÓ | |
| | DIRECCIÓN: | |
| 2 | TELÉFONOS CON LADA: | |
| | NOMBRE COMPLETO: | |
| 2 | DEPARTAMENTO AL QUE SE LE | |

| | | |
|---|--|--|
| | VENDIÓ O SE PRESTÓ EL SERVICIO | |
| | CONTACTO DE VENTA (NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA) | |
| | ESPECIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO QUE SE PRESTÓ | |
| | DIRECCIÓN: | |
| | TELÉFONOS CON LADA: | |
| 3 | NOMBRE COMPLETO: | |
| | DEPARTAMENTO AL QUE SE LE VENDIÓ O SE PRESTÓ EL SERVICIO | |
| | CONTACTO DE VENTA (NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA) | |
| | ESPECIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO QUE SE PRESTÓ | |
| | DIRECCIÓN: | |
| | TELÉFONOS CON LADA: | |

ATENTAMENTE

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA
SELLO**

ANEXO C

PROPUESTA ECONÓMICA

Formato para la presentación de la Propuesta económica con características originales, el licitante tendrá que tomar en cuenta todos los cambios que se generen de la Junta de Aclaraciones para la presentación de su propuesta.

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA.

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PRESENTE

| NOMBRE DEL LICITANTE: | | | | | |
|-------------------------------------|----------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| PARTIDA | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | IMPORTE A MONTOS MÍNIMOS | IMPORTE A MONTOS MÁXIMOS | |
| 1 | 1 | SERVICIO | | | |
| IMPORTE A MONTOS MÍNIMOS CON LETRA: | | IMPORTE A MONTOS MÁXIMOS CON LETRA: | | SUBTOTAL | |
| | | | | IVA (16%) | |
| | | | | TOTAL | |

“Los precios serán firmes hasta la total prestación del servicio, dichos precios ya incluyen todo lo requerido para la prestación del servicio.”

Vigencia de la cotización: 60 días naturales.

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA
SELLO

NOTAS:

- 1.- El licitante deberá respetar y llenar el presente formato con toda la información solicitada, en caso de no hacerlo, será causa de descalificación. Este formato se presentará en **EXCEL**.
- 2.- El licitante deberá capturar y presentar su propuesta económica a renglón seguido, evitando dividir la tabla o presentando hoja por partida, tampoco se deberán intercalar datos entre las filas de la tabla. Únicamente podrán configurar la página para que ésta se imprima correctamente en sus hojas membretadas.
- 3.- Todos son requisitos esenciales la falta de alguno de ellos será causa de descalificación
- 4.- Firmada y sellada (obligatorio en caso de ser persona moral) en todas y cada una de sus hojas, indicando nombre y puesto de la persona autorizada.

ANEXO D

**GARANTÍA (FIANZA) DE SERIEDAD DE PROPUESTA ECONÓMICA
(TRAMITADA ANTE INSTITUCIÓN FINANCIERA)**

Ante o a favor de la: **SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA**

Para garantizar por (nombre de la persona física o jurídica), con R.F.C. _____, con domicilio en _____, la seriedad de la propuesta presentada en la licitación pública nacional **GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**, realizada por el Gobierno del Estado de Puebla de conformidad con la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, por un importe total de \$ (número) (letra _____ M.N.) a montos máximos sin incluir IVA.

Esta fianza permanecerá vigente aun cuando se interpongan juicios o recursos legales y hasta que no se dicte resolución firme por autoridad competente.

El sostenimiento de la oferta es por un período mínimo de 60 (sesenta) días naturales contados a partir del acto de apertura de ofertas.

En los casos de hacerse exigible la fianza, esta compañía afianzadora pagara en los términos, de ley la cantidad de \$ (número) (letra _____ M.N.) que corresponde al **10% del monto total de la propuesta económica a montos máximos** sin incluir IVA. Como garantía de sostenimiento de oferta, para lo cual, (compañía afianzadora) acepta someterse expresamente al procedimiento de ejecución (con exclusión de cualquier otro) establecido en los artículos 178, 279, 282, 283 y 289 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

ANEXO E

FIANZA DE CUMPLIMIENTO

Ante o a favor de: **LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA**
(TRAMITADA ANTE INSTITUCIÓN FINANCIERA)

Para garantizar por (nombre de la persona física o jurídica), con R.F.C. _____, con domicilio en _____, el fiel y exacto cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones derivadas del contrato (**CONTRATO DEPENDENCIA**) relativo a **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**, realizada por el Gobierno del Estado de Puebla de conformidad con la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, dentro del expediente No. **GESAL-004-042/2020**, por **el monto total adjudicado a montos máximos con IVA de \$ (número) (letra_____M.N.)**

Esta fianza permanecerá vigente en cuanto al cumplimiento del contrato, desde la fecha de su expedición hasta la total terminación de las obligaciones derivadas del mismo, aún cuando se otorguen prórrogas o esperas y para los casos en que se interpongan juicios o recursos legales y hasta que no se dicte resolución firme por autoridad competente.

Asimismo, esta fianza se otorga para garantizar el pago de la indemnización en los casos de vicios o defectos ocultos de los bienes o servicios contratados, quedando vigente un año posterior a la entrega o prestación de los mismos.

En los casos de hacerse exigible la fianza esta compañía afianzadora pagara en los términos, de ley la cantidad de \$ (número) (letra_____M.N.) que corresponde al 10 % del monto total del contrato a **montos máximos con IVA**. Como garantía de su cumplimiento así como contra vicios o defectos ocultos, para lo cual, (compañía afianzadora) acepta someterse expresamente al procedimiento de ejecución (con exclusión de cualquier otro) establecido en los artículos 178, 279, 282, 283 y 289 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

ANEXO F

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PRESENTE

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS
SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA.

| NOMBRE DEL LICITANTE | | |
|----------------------|------------|--|
| 1 | REFERENCIA | |
| | PREGUNTA | |
| | RESPUESTA | |
| 2 | REFERENCIA | |
| | PREGUNTA | |
| | RESPUESTA | |
| 3 | REFERENCIA | |
| | PREGUNTA | |
| | RESPUESTA | |
| 4 | REFERENCIA | |
| | PREGUNTA | |
| | RESPUESTA | |

LUGAR Y FECHA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

REFERENCIA: EN ESTE APARTADO EL LICITANTE DEBERÁ MENCIONAR A QUE PUNTO, PARTIDA O ANEXOS DE LAS BASES SE REFIERE.

EN EL CASO DE QUE SEA UN COMENTARIO GENERAL, DEJAR EL APARTADO DE REFERENCIA EN BLANCO.

APARTADO DE PREGUNTA: EN ESTE APARTADO EL LICITANTE DEBERÁ HACER SU PREGUNTA U OBSERVACIÓN.

IMPORTANTE: SE LE SOLICITA AL LICITANTE NO MODIFICAR EL PRESENTE FORMATO Y SOLO ASENTAR LOS DATOS REQUERIDOS. EN EL CASO DE QUE REQUIERA MAS FILAS SOLO INSERTAR LAS MISMAS, ADEMÁS SE DEBERÁ PRESENTAR EN **FORMATO WORD**.



SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

ANEXO G

**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PRESENTE**

**LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS
SUBROGADOS ZONAS FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA.**

Fecha: _____

Por medio de la presente declaro bajo protesta de decir verdad que los datos asentados a continuación son los correspondientes a mi representada

| | |
|---|---|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | |
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES | |
| CURP (EN CASO DE SER PERSONA FISICA) | |
| NACIONALIDAD | |
| DOMICILIO FISCAL | (CALLE_____, NÚMERO_____, COLONIA_____, DELEGACIÓN O MUNICIPIO_____, C.P. _____, ENTIDAD FEDERATIVA_____) |
| TELÉFONOS | |
| CORREO ELECTRÓNICO | |
| NOMBRE DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL QUE FIRMA LA PROPUESTA TÉCNICA/ ECONÓMICA: | |

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA ORDEN DE COBRO

ANEXO H

**FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INICIO DE
SERVICIO**

**DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE
BIENES Y SERVICIOS**

Se hace del conocimiento de los licitantes adjudicados, que es necesario comunicar a la Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios, el inicio del servicio con una anticipación de al menos 24 horas, al siguiente correo electrónico jesica.tovar@puebla.gob.mx mediante el presente documento denominado "FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INICIO DE SERVICIO" debiendo asentar lugar, día y hora.

Parte 1 (Expediente Dirección de Adquisiciones de Bienes y Servicios)

Procedimiento: GESAL-004-042/2020

DATOS DE LA ENTREGA:

Proveedor: _____

Dependencia/Entidad: _____

Cantidad: _____

Descripción genérica del servicio:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

Fecha: _____ Hora: _____

ATENTAMENTE

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
LEGAL Y/O PERSONA FÍSICA
SELLO**

ANEXO 1

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| 1 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos en Tecamachalco, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Tecamachalco, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <p>El proveedor, para presentar el servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <p>a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Unidad Médico Familiar de Tecamachalco, mismo que deberá contener el sello de la Dirección de la Unidad Médico Familiar de Tecamachalco. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>B) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Unidad Médico Familiar de Tecamachalco y Médico Tratante, y en forma electrónica mensualmente a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>C) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos. • En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de la Unidad Médico Familiar de Tecamachalco, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática. • El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna. <p>D) Cuando el Director de la Unidad Médico Familiar de Tecamachalco y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante.</p> <p>E) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar en forma electrónica mensualmente en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 1 de la contratante, siendo para esta partida el Director de la Unidad Médico Familiar de Tecamachalco.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio clínico que podrá ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o, b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o, c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años. <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes. b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa, e incluir la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 2 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en San Martín Texmelucan del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto, por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de San Martín Texmelucan, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <p>El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. |



| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Unidad Médico Familiar de San Martín Texmelucan del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección de San Martín Texmelucan. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de San Martín Texmelucan de la contratante y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>C) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos. • En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de San Martín Texmelucan de la contratante, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática. <p>El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna.</p> <p>D) Cuando el Director de la Unidad Médico Familiar de San Martín Texmelucan de la contratante y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante .</p> <p>E) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar de manera electrónica mensualmente en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Unidad Médico Familiar de San Martín Texmelucan de la contratante.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio que podrá ser:</p> <p>a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años.</p> <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Nombre de médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 3 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos en Tepexi de Rodríguez, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto, por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Tepexi de Rodríguez, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <p>El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <p>a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Unidad Médico Familiar de Tepexi de Rodríguez, mismo que deberá contener el sello de la Dirección de la Unidad Médico Familiar de Tepexi de Rodríguez. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Unidad Médico Familiar de Tepexi de Rodríguez y Médico Tratante, y en forma electrónica mensualmente a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>C) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos. |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de la Unidad Médico Familiar de Tepexi de Rodríguez, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática. • El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna. D) Cuando el Director de la Unidad Médico Familiar de Tepexi de Rodríguez y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante. E) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar de manera electrónica mensualmente en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. 3. Supervisión del servicio: La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 1 de la contratante, siendo para esta partida el Director de la Unidad Médico Familiar de Tepexi de Rodríguez. V. Personal asignado para la prestación del servicio: 1. Un responsable sanitario de laboratorio clínico que podrá ser: <ul style="list-style-type: none"> a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o, b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o, c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años. VI.- Entregables: El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes. b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa, e incluir la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 4 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Ciudad Serdán del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Ciudad Serdán, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar el servicio de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación del servicio, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <p>El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Región 2 del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 2. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 3 de la contratante y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>C) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos. • En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de la Región 2 de la contratante, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática. • El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior, no podrá recoger muestra alguna. <p>D) Cuando el Director de la Región 2 de la contratante y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante .</p> <p>E) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar de manera electrónica en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 2 de la contratante, en Ciudad Serdán.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio que podrá ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o, b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o, c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años. <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes. |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 5 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA: I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Libres del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>El servicio deberá prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Libres, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <p>El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <p>a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Región 2 de la contratante, misma que deberá contener el sello de la Dirección Regional 2.• Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none">• La toma de muestra.• Impresión del análisis de laboratorio.• Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 2 de la contratante y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>C) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none">• En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos.• En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de la Región 2 de la contratante, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática.• El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna. <p>D) Cuando el Director de la Región 2 de la contratante y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante .</p> <p>E) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar de manera electrónica en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 2 de la contratante, en Libres.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio que podrá ser:</p> <p>a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años.</p> <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 6 | 1 | Servicio | DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA: |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos en Izúcar de Matamoros del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Izúcar de Matamoros, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <p>El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <p>a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Región 3 del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 3. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>b) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 3 de la contratante y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>c) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none">• En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos.• En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de la Región 3 de la contratante, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática.• El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna. <p>d) Cuando el Director de la Región 3 de la contratante y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante .</p> <p>e) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar de manera electrónica en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 3 de la contratante, en Izúcar de Matamoros.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio que podrá ser:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o,b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o,c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años. <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:<ul style="list-style-type: none">• Fecha o periodo de la prestación del servicio,• Cantidad y descripción del servicio,• Precio unitario,• Subtotal,• Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar),• Total, |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 7 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Acatlán de Osorio, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Acatlán de Osorio, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <p>El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Región 3 del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 3. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>b) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 3 de la contratante y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>c) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos. • En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de la Región 3 de la contratante, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática. • El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna. <p>d) Cuando el Director de la Región 3 de la contratante y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante .</p> <p>e) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar de manera electrónica y en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 3 de la contratante, en Acatlán de Osorio.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio que podrá ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o, b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o, c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años. |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 8 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Chiautla de Tapia, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto, por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Chiautla de Tapia, del Estado de</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <p>El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <p>a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Región 3 del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 3. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>b) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 3 de la contratante y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>c) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos. • En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de la Región 3 de la contratante, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática. • El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna. |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>d) Cuando el Director de la Región 3 de la contratante y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante .</p> <p>e) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar de manera electrónica y en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 3 de la contratante, en Chiantla de Tapia.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio que podrá ser:</p> <p>a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años.</p> <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 9 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA: I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos en Atlixco del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Atlixco, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <p>El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <p>a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Región 3 del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 3. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>b) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 3 de la contratante y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>c) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos. • En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de la Región 3 de la contratante, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática. • El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna. <p>d) Cuando el Director de la Región 3 de la contratante y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante .</p> <p>e) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 3 de la contratante, en Atlixco.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio que podrá ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o, b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o, c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años. <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes. b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 10 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Tehuacán, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Tehuacán, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio: El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <p>a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>de pacientes ambulatorios.</p> <p>c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de Tehuacán del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección de Tehuacán. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>b) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de Tehuacán de la contratante y Médico Tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>c) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos. • En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de Tehuacán de la contratante, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática. <p>El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna.</p> <p>d) Cuando el Director de Tehuacán de la contratante y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante .</p> <p>e) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar de manera electrónica y en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de Tehuacán de la contratante.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio clínico que podrá ser:</p> |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años.</p> <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes siguientes documentos:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de Médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. |
| 11 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Huauchinango del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Huauchinango, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <p>El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <p>a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Región 5 del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 5. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 5 de la contratante y Médico Tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>C) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos. • En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de la Región 5 de la contratante, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática.</p> <p>El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna.</p> <p>D) Cuando el Director de la Región 5 de la contratante y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante .</p> <p>E) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar de manera electrónica y en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 5, Huauchinango, de la contratante.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio clínico que podrá ser:</p> <p>a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años.</p> <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 12 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Tlatlauquitepec del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Tlatlauquitepec, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <p>El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <p>a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el médico tratante y el Director de la |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>Región 6 de la contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 6.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 6 de la contratante y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>C) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos. • En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de la Región 6 de la contratante, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática. <p>El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna.</p> <p>D) Cuando el Director de la Región 6 de la contratante y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante .</p> <p>E) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar de manera electrónica y en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 6 de la contratante, Tlatlauquitepec.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio clínico que podrá ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o, b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o, c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años. <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes. b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información: |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de Médico tratante • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 13 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos en Zacatlán del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Zacatlán, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de laboratorio de análisis clínicos que se consideran en el ANEXO 2, mediante la toma de muestras, análisis clínicos y entrega de resultados, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio: El proveedor, para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <p>a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>especializada.</p> <p>b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar la toma de muestras y análisis clínicos a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Región 7 del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 7. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma de muestra. • Impresión del análisis de laboratorio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 7 de la contratante y Médico Tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>C) El proveedor deberá sujetarse a los siguientes plazos para la entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo general, el proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las veinticuatro horas contadas a partir de que cuente con los mismos. • En caso de estudios de emergencia, el proveedor se obliga a realizar la colecta de muestras en la unidad médica en que previamente haya sido tomada por el personal de la contratante, y a entregar los resultados dentro de un plazo no mayor de dos horas a partir de que se lo solicite el Director de la Región 7 de la contratante, o el Médico Tratante. Se considera estudio de emergencia: Biometría Hemática. <p>El personal que para este efecto designe el proveedor, deberá portar gafete de identificación que lo acredite como su empleado, así como los materiales necesarios para la transportación de las muestras, garantizando en todo momento la integridad y veracidad de los resultados emitidos. Sin lo anterior no podrá recoger muestra alguna.</p> <p>D) Cuando el Director de la Región 7 de la contratante y Médico Tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetir la toma de muestra, en análisis y la emisión de los resultados sin costo adicional para la contratante .</p> <p>E) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar de manera electrónica y en formato Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 7, Zacatlán, de la contratante.</p> |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA**

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Un responsable sanitario de laboratorio clínico que podrá ser:</p> <p>a) Químico farmacobiólogo orientado al laboratorio clínico con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>b) Médico cirujano con experiencia mínima de 2 años o,</p> <p>c) Médico, Químico farmacobiólogo o Biólogo con experiencia mínima de 2 años.</p> <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de IVA |
| 14 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación de los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X en Tecamachalco, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el presupuesto mínimo autorizado y</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante .</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Tecamachalco, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X que se consideran en el ANEXO 3, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. El personal técnico o profesional designado por el proveedor para la realización del estudio, deberá proporcionar al derechohabiente la información de manera clara, completa, veraz y oportuna acerca del estudio a realizar y deberá de expedir una carta de consentimiento la cual deberá estar firmada por el derechohabiente, previo a la realización del procedimiento ultrasonográfico médico invasivo y endocavitatorios. Situación que no aplica para el resto de los estudios, así como en casos urgentes.</p> <p>El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <p>a) NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>b) NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>c) NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>d) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>e) NOM-028-SSA3-2012 relativa a la regulación de los servicios de salud para la práctica de Ultrasonografía Diagnóstica.</p> <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico tratante y el Director de la Unidad Médico Familiar de Tecamachalco, mismo que deberá contener el sello de la Dirección de la Unidad Médico Familiar de Tecamachalco. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) Al proporcionar los servicios de Rayos X y Ultrasonografía a los derechohabientes de la contratante, el proveedor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con carta de consentimiento bajo información en original y copia simple legible para la realización de procedimiento ultrasonográficos médicos invasivos y endocavitatorios. • Informar (previo a la realización de éste) de manera clara, completa, veraz y oportuna lo relacionado con el estudio al derechohabiente o beneficiario. <p>C) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • La toma del estudio. • Impresión del estudio. • Interpretación del estudio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Unidad Médico Familiar de Tecamachalco y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>D) El proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las dos horas contadas a partir de que cuente con los mismos.</p> <p>E) Cuando el médico tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetirlo y a la impresión de los resultados absorbiendo los costos que ello genere.</p> <p>F) En caso de falta de instrumental, falla o descompostura de algún equipo, que sea requerido para brindar los servicios contratados, el proveedor tendrá un máximo de 24 horas para solventar dicha incidencia previa autorización de la contratante.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte de la contratante, siendo para esta partida el Director de la Unidad Médico Familiar de Tecamachalco.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>a) Un técnico en radiología e imagen con estudios avalados por la Secretaría de Educación Pública con 2 años de experiencia mínima o,</p> <p>b) Un especialista en ultrasonografía diagnóstica con 2 años de experiencia mínima para realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia o,</p> <p>c) Un especialista en radiología e imagen, con 2 años de experiencia mínima para realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia.</p> <p>VI.- Entregables:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá agregar en forma impresa a la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de Médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. |
| 15 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA: I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación de los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X en Izúcar de Matamoros del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando obligada a contratar el presupuesto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante .</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Izúcar de Matamoros, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>El proveedor deberá realizar los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X que se consideran en el ANEXO 3, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. El personal técnico o profesional designado por el proveedor para la realización del estudio, deberá proporcionar al derechohabiente la información de manera clara, completa, veraz y oportuna acerca del estudio a realizar y deberá de expedir una carta de consentimiento la cual deberá estar firmada por el derechohabiente, previo a la realización del procedimiento ultrasonográfico médico invasivo y endocavitatorios. Situación que no aplica para el resto de los estudios, así como en casos urgentes.</p> <p>El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • NOM-028-SSA3-2012 relativa a la regulación de los servicios de salud para la práctica de Ultrasonografía Diagnóstica. <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>A) El proveedor deberá realizar Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico tratante y el Director de la Región 3 del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 3 de la contratante. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) Al proporcionar los servicios de Rayos X y Ultrasonografía a los derechohabientes de la contratante, el proveedor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con carta de consentimiento bajo información en original y copia simple legible para la realización de procedimiento ultrasonográficos médicos invasivos y endocavitatorios. • Informar (previo a la realización de éste) de manera clara, completa, veraz y oportuna lo relacionado con el estudio al derechohabiente o beneficiario. <p>C) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma del estudio. • Impresión del estudio. • Interpretación del estudio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 7 de la contratante y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>D) El proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las dos horas contadas a partir de que cuente con los mismos.</p> <p>E) Cuando el médico tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetirlo y a la impresión de los resultados absorbiendo los costos que ello genere.</p> <p>F) En caso de falta de instrumental, falla o descompostura de algún equipo, que sea requerido para brindar los servicios contratados, el proveedor tendrá un máximo de 24 horas para solventar dicha incidencia previa autorización de la contratante.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 3 de la contratante.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>a) Un técnico en radiología e imagen con estudios avalados por la Secretaría de Educación Pública con 2 años de experiencia mínima o,</p> <p>b) Un especialista en ultrasonografía diagnóstica con 2 años de experiencia mínima para realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia o,</p> <p>c) Un especialista en radiología e imagen, con 2 años de experiencia mínima para realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia.</p> <p>VI.- Entregables:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá agregar en forma impresa a la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de Médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. |
| 16 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA: I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación de los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X en Tehuacán del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el presupuesto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Tehuacán, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X que se consideran en el ANEXO 3, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. El personal técnico o profesional designado por el proveedor para la realización del estudio, deberá proporcionar al derechohabiente la</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>información de manera clara, completa, veraz y oportuna acerca del estudio a realizar y deberá de expedir una carta de consentimiento la cual deberá estar firmada por el derechohabiente, previo a la realización del procedimiento ultrasonográfico médico invasivo y endocavitatorios. Situación que no aplica para el resto de los estudios, así como en casos urgentes.</p> <p>El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • NOM-028-SSA3-2012 relativa a la regulación de los servicios de salud para la práctica de Ultrasonografía Diagnóstica. <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico tratante y el Director de la Región 4 del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 4 de la contratante. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) Al proporcionar los servicios de Rayos X y Ultrasonografía a los derechohabientes de la contratante, el proveedor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con carta de consentimiento bajo información en original y copia simple legible para la realización de procedimiento ultrasonográficos médicos invasivos y endocavitatorios. • Informar (previo a la realización de éste) de manera clara, completa, veraz y oportuna lo relacionado con el estudio al derechohabiente o beneficiario. <p>C) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma del estudio. • Impresión del estudio. • Interpretación del estudio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 4 de la contratante y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>D) El proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las dos horas contadas a partir de que cuente con los mismos.</p> <p>E) Cuando el médico tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetirlo y a la impresión de los resultados absorbiendo los costos que ello genere.</p> <p>F) En caso de falta de instrumental, falla o descompostura de algún equipo, que sea requerido para brindar los servicios contratados, el proveedor tendrá un máximo de 24 horas para solventar dicha incidencia previa autorización de la contratante.</p> |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 4 de la contratante.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>a) Un técnico en radiología e imagen con estudios avalados por la Secretaría de Educación Pública con 2 años de experiencia mínima o,</p> <p>b) Un especialista en ultrasonografía diagnóstica con 2 años de experiencia mínima para realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia o,</p> <p>c) Un especialista en radiología e imagen, con 2 años de experiencia mínima para realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia.</p> <p>VI.- Entregables:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá agregar en forma impresa a la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de Médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. |
| 17 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>Se requiere la contratación de los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X en Huauchinango del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el presupuesto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Huauchinango, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>El proveedor deberá realizar los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X que se consideran en el ANEXO 3, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. El personal técnico o profesional designado por el proveedor para la realización del estudio, deberá proporcionar al derechohabiente la información de manera clara, completa, veraz y oportuna acerca del estudio a realizar y deberá de expedir una carta de consentimiento la cual deberá estar firmada por el derechohabiente, previo a la realización del procedimiento ultrasonográfico médico invasivo y endocavitatorios. Situación que no aplica para el resto de los estudios, así como en casos urgentes.</p> <p>El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • NOM-028-SSA3-2012 relativa a la regulación de los servicios de salud para la práctica de Ultrasonografía Diagnóstica. <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico tratante y el Director de la Región 5 del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 4 de la contratante. • Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) Al proporcionar los servicios de Rayos X y Ultrasonografía a los derechohabientes de la contratante, el proveedor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con carta de consentimiento bajo información en original y copia simple legible para la realización de procedimiento ultrasonográficos médicos invasivos y endocavitatorios. • Informar (previo a la realización de éste) de manera clara, completa, veraz y oportuna lo relacionado con el estudio al derechohabiente o |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>beneficiario.</p> <p>C) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La toma del estudio. • Impresión del estudio. • Interpretación del estudio. • Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 5 de la contratante y médico tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>D) El proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las dos horas contadas a partir de que cuente con los mismos.</p> <p>E) Cuando el médico tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetirlo y a la impresión de los resultados absorbiendo los costos que ello genere.</p> <p>F) En caso de falta de instrumental, falla o descompostura de algún equipo, que sea requerido para brindar los servicios contratados, el proveedor tendrá un máximo de 24 horas para solventar dicha incidencia previa autorización de la contratante.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 5 de la contratante.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>a) Un técnico en radiología e imagen con estudios avalados por la Secretaría de Educación Pública con 2 años de experiencia mínima o,</p> <p>b) Un especialista en ultrasonografía diagnóstica con 2 años de experiencia mínima para realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia o,</p> <p>c) Un especialista en radiología e imagen, con 2 años de experiencia mínima para realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia.</p> <p>VI.- Entregables:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá agregar en forma impresa a la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de Médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. |
| 18 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA: I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación de los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X en la Región 7 Zacatlán del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el presupuesto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante .</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Zacatlán, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>El proveedor deberá realizar los Servicios de Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X que se consideran en el ANEXO 3, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. El personal técnico o profesional designado por el proveedor para la realización del estudio, deberá proporcionar al derechohabiente la información de manera clara, completa, veraz y oportuna acerca del estudio a realizar y deberá de expedir una carta de consentimiento la cual deberá estar firmada por el derechohabiente, previo a la realización del procedimiento ultrasonográfico médico invasivo y endocavitarios. Situación que no aplica para el resto de los estudios, así como en casos urgentes.</p> <p>El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-005-SSA3-2010 relativa a los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. |



| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• NOM-028-SSA3-2012 relativa a la regulación de los servicios de salud para la práctica de Ultrasonografía Diagnóstica. <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar Estudios de Ultrasonografía Diagnóstica y Rayos X a los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el tipo de análisis requerido, firmado por el Médico tratante y el Director de la Región 7 del contratante, mismo que deberá contener el sello de la Dirección Regional 4 de la contratante.• Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) Al proporcionar los servicios de Rayos X y Ultrasonografía a los derechohabientes de la contratante, el proveedor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none">• Contar con carta de consentimiento bajo información en original y copia simple legible para la realización de procedimiento ultrasonográficos médicos invasivos y endocavitarios.• Informar (previo a la realización de éste) de manera clara, completa, veraz y oportuna lo relacionado con el estudio al derechohabiente o beneficiario. <p>C) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none">• La toma del estudio.• Impresión del estudio.• Interpretación del estudio.• Entrega de resultados de manera impresa (en sobre cerrado) al Director de la Región 7 de la contratante y Médico Tratante, y en forma electrónica a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com. <p>D) El proveedor deberá entregar los resultados de cada estudio que realice, dentro de las dos horas contadas a partir de que cuente con los mismos.</p> <p>E) Cuando el Médico tratante requieran al proveedor que realice nuevamente el estudio por causas que sean imputables a éste último, el proveedor se obliga a repetirlo y a la impresión de los resultados absorbiendo los costos que ello genere.</p> <p>F) En caso de falta de instrumental, falla o descompostura de algún equipo, que sea requerido para brindar los servicios contratados, el proveedor tendrá un máximo de 24 horas para solventar dicha incidencia previa autorización de la contratante.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 7 de la contratante.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Un técnico en radiología e imagen con estudios avalados por la Secretaría de Educación Pública con 2 años de experiencia mínima o,b) Un especialista en ultrasonografía diagnóstica con 2 años de experiencia mínima para realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia o,c) Un especialista en radiología e imagen, con 2 años de experiencia mínima para realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia. <p>VI.- Entregables:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá agregar en forma impresa a la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha o periodo de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre de Médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. |
| 19 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización y Laboratorio de Análisis Clínicos en Tepeaca para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Tepeaca, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas del día, de lunes a domingo, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>En el Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización y Laboratorio de Análisis Clínicos, en Tepeaca, el proveedor deberá prestar el servicio de hospitalización sin cirugía y/o con cirugía de corta estancia, o cirugía ambulatoria, urgencias y servicio de laboratorio de análisis clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica, de acuerdo a los servicios, procedimientos, medicamentos, material y estudios que se consideran en el ANEXO 4, durante la vigencia del contrato y con los siguientes requerimientos mínimos:</p> <p>a) Se requiere que el proveedor cuente con una Clínica u Hospital, que contenga mínimo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 camas censables. • Una sala de urgencias. • Un quirófano. • Una sala de tococirugía. • Un Laboratorio de Análisis Clínicos (El proveedor podrá suscribir un convenio con algún laboratorio de análisis clínicos o de rayos x para poder proporcionar el servicio en casos de urgencias) • Capacidad para atender un promedio 60 consultas por mes en urgencias y 20 derechohabientes hospitalizados por mes en promedio <p>b) El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • NOM-027-SSA3-2013 relativa a regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamientos y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para atención médica. • NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología. • NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. • NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. • NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. <p>V. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá proporcionar los insumos (medicamentos y material de curación) necesarios e indispensables para el desarrollo de los servicios detallados en el ANEXO 4.</p> <p>La mecánica para este punto se acordará el día de la formalización del contrato con el proveedor.</p> <p>b) El proveedor deberá proporcionar los servicios médicos-hospitalarios a los derechohabientes de la contratante, quienes deberán presentar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de referencia autorizada por el médico responsable de la unidad médica de la contratante. • Credencial de afiliación a la contratante. <p>El proveedor será responsable de verificar la vigencia del derechohabiente o beneficiario con el Director de la Región.</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>c) El proveedor deberá recibir en sus instalaciones a los derechohabientes para que se les proporcione el servicio los cuales les deberán entregar el pase de servicio subrogado, firmado por el Médico tratante y el Director de la Región, mismo que fue proporcionado por la contratante, con excepción en aquellos de urgencia calificada (problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del derechohabiente o beneficiario y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata)</p> <p>d) El proveedor deberá de notificar la atención médica que brinde a los derechohabientes y/o beneficiarios, así como informar la atención del mismo al correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com) la situación del derechohabiente.</p> <p>e) El proveedor deberá proporcionar alimentación adecuada de acuerdo a la dieta indicada por parte del médico tratante a los derechohabientes de la contratante que estén hospitalizados.</p> <p>f) El proveedor deberá llevar un control administrativo de los derechohabientes de la contratante que sean hospitalizados por alguna de las causas señaladas en el pase de subrogación o determinado por el médico del proveedor en caso de urgencia, tomando en cuenta la norma NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.</p> <p>g) El proveedor deberá generar un expediente con toda la documentación clínica relacionada con los pacientes referidos por la contratante, a estos al ser dados de alta se les proporcionara una copia, debiendo conservar una copia del mismo para posterior aclaración.</p> <p>La contratante podrá solicitar dicha documentación en el momento que lo requiera.</p> <p>h) El proveedor no deberá mantener a los derechohabientes en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.</p> <p>VI. Supervisión del Servicio:</p> <p>1) La supervisión de la prestación del servicio estarán a cargo del proveedor y de la contratante a través de la persona autorizada por parte de la Subdirección General Médica, cada vez que se proporcione un servicio.</p> <p>2) El proveedor deberá designar un enlace médico permanente que realice las siguientes actividades:</p> <p>a) Evaluación, revisión, programación de cirugías y tratamientos programados en coordinación con médicos de la contratante para su autorización.</p> <p>b) Informar diariamente por correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com), los ingresos hospitalarios de los derechohabientes a nivel regional.</p> <p>c) Visitar todos los días, a todos los pacientes hospitalizados de la contratante.</p> <p>3) En caso de que la contratante una vez acordado con el proveedor podrá modificar los estudios y/o servicios detallados en el ANEXO 4, pudiendo aumentar o reducir éstos, ya sea por necesidades o por restricciones presupuestales y a petición de la misma.</p> <p>VII. Personal:</p> <p>El proveedor deberá contar con personal médico especializado en medicina de urgencias, para los servicios considerados en el ANEXO 4, mismo que deberá contar con experiencia mínima de 2 años, y por lo menos será el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico especialista en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria. • Una enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Una enfermera auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Un responsable sanitario de laboratorio clínico que podrá ser: <ul style="list-style-type: none"> a) Químico farmacobiólogo con currículum orientado al laboratorio clínico, o b) Médico cirujano con certificado vigente de la especialidad en patología clínica, o |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>c) Biólogo con currículum orientado al laboratorio clínico.</p> <p>VIII. Entregables</p> <p>El proveedor deberá enviar mensualmente al Departamento de Administración de Servicios Subrogados lo siguiente:</p> <p>a) El listado de pacientes atendidos que deberá enviar mensualmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha del pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre del médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en la que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. • Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar. <p>b) Relación mensual de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R, retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio, impresa y con el sello y firma del médico solicitante, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio.</p> <p>d) Formato de cuenta del paciente, impreso y debidamente sellado y firmado por la Administración Regional y por el proveedor.</p> |
| 20 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA: DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA: I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos y Ultrasonografía Diagnóstica en San Martín Texmelucan para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de San Martín Texmelucan, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas del día, de lunes a domingo, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>En el Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica, el proveedor deberá proporcionar hospitalización sin cirugía y/o con cirugía de corta estancia o cirugía ambulatoria, urgencias y servicio de laboratorio de análisis clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica, de acuerdo a los servicios, procedimientos, medicamentos, material y estudios que se consideran en el ANEXO 5, durante la vigencia del contrato y con los siguientes requerimientos mínimos:</p> <p>a) Se requiere que el proveedor cuente con una Clínica u Hospital, que contenga mínimo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 camas censables. • Una sala de urgencias. • Un quirófano. • Una sala de tococirugía. • Un Laboratorio de Análisis Clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica (El proveedor podrá suscribir un convenio con algún laboratorio de análisis clínicos o de rayos x para poder proporcionar el servicio en casos de urgencias) • Capacidad para atender un promedio 60 consultas por mes en urgencias y 20 derechohabientes hospitalizados por mes en promedio <p>b) El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • NOM-027-SSA3-2013 relativa a regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamientos y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para atención médica. • NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología. • NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. • NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. • NOM-028-SSA3-2012 regulación de los servicios de salud para la práctica de ultrasonografía diagnóstica. • NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. <p>V. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá proporcionar los insumos (medicamentos y material de curación) necesarios e indispensables para el desarrollo de los servicios detallados en el ANEXO 5.</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>La mecánica para este punto se acordará el día de la formalización del contrato el proveedor.</p> <p>b) El proveedor deberá proporcionar los servicios médicos-hospitalarios a los derechohabientes de la contratante , quienes deberán presentar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de referencia autorizada por el médico responsable de la unidad médica de la contratante. • Credencial de afiliación a la contratante. <p>El proveedor será responsable de verificar la vigencia del derechohabiente o beneficiario con el Director de la Región.</p> <p>c) El proveedor deberá recibir en sus instalaciones a los derechohabientes para que se les proporcione el servicio los cuales les deberán entregar el pase de servicio subrogado, firmado por el Médico tratante y el Director de la Región, mismo que fue proporcionado por la contratante , con excepción en aquellos de urgencia calificada (problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del derechohabiente o beneficiario y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata)</p> <p>d) El proveedor deberá de notificar la atención médica que brinde a los derechohabientes y/o beneficiarios, así como informar la atención del mismo al correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com) la situación del derechohabiente.</p> <p>e) El proveedor deberá proporcionar alimentación adecuada de acuerdo a la dieta indicada por parte del médico tratante a los derechohabientes de la contratante que estén hospitalizados.</p> <p>f) El proveedor deberá llevar un control administrativo de los derechohabientes de la contratante que sean hospitalizados por alguna de las causas señaladas en el pase de subrogación o determinado por el médico del proveedor en caso de urgencia, tomando en cuenta la norma NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.</p> <p>g) El proveedor deberá generar un expediente con toda la documentación clínica relacionada con los pacientes referidos por la contratante , a estos al ser dados de alta se les proporcionara una copia, debiendo conservar una copia del mismo para posterior aclaración.</p> <p>La contratante podrá solicitar dicha documentación en el momento que lo requiera.</p> <p>h) El proveedor no deberá mantener a los derechohabientes en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.</p> <p>VI. Supervisión del Servicio:</p> <p>1) La supervisión de la prestación del servicio estarán a cargo del proveedor y de la contratante a través de la persona autorizada por parte de la Subdirección General Médica, cada vez que se proporcione un servicio.</p> <p>2) El proveedor deberá designar un enlace médico permanente que realice las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evaluación, revisión, programación de cirugías y tratamientos programados en coordinación con médicos de la contratante para su autorización. b) Informar diariamente por correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com), los ingresos hospitalarios de los derechohabientes a nivel regional. c) Visitar todos los días, a todos los pacientes hospitalizados de la contratante. <p>3. En caso de que la contratante una vez acordado con el proveedor podrá modificar los estudios y/o servicios detallados en el ANEXO 5, pudiendo aumentar o reducir éstos, ya sea por necesidades o por restricciones presupuestales y a petición de la misma.</p> <p>VII. Personal:</p> <p>El proveedor deberá contar con personal médico especializado en medicina de urgencias, para los servicios considerados en el ANEXO 5, mismo que deberá contar con experiencia mínima de 2 años, y por lo menos será el siguiente:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Un médico especialista en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria. • Una enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Una enfermera auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Un Técnico radiólogo, deberá acreditar su formación para que pueda realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia. • Un con un responsable sanitario de laboratorio clínico que podrá ser: <ul style="list-style-type: none"> a) Químico farmacobiólogo con currículum orientado al laboratorio clínico, o b) Médico cirujano con certificado vigente de la especialidad en patología clínica, c) Biólogo con currículum orientado al laboratorio clínico. <p>VIII. Entregables</p> <p>El proveedor deberá enviar mensualmente al Departamento de Administración de Servicios Subrogados lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El listado de pacientes atendidos que deberá enviar mensualmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha del pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre del médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en la que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. b) Relación mensual de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R, retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. c) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio, impresa, con el sello y firma del médico solicitante, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio. |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| 21 | 1 | Servicio | <p>d) Formato de cuenta del paciente, impreso y debidamente sellado y firmado por la Administración Regional y por el proveedor.</p> <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA: I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos y Ultrasonografía Diagnóstica en Ciudad Serdán para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante .</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Ciudad Serdán del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas del día, de lunes a domingo, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>En el Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica el proveedor deberá proporcionar hospitalización sin cirugía y/o con cirugía de corta estancia o cirugía ambulatoria, urgencias y servicio de laboratorio de análisis clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica de acuerdo a los servicios, procedimientos, medicamentos, material y estudios que se consideran en el ANEXO 6, durante la vigencia del contrato y con los siguientes requerimientos mínimos:</p> <p>a) Se requiere que el proveedor cuente con una Clínica u Hospital, que contenga mínimo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 camas censables. • Una sala de urgencias. • Un quirófano. • Una sala de tococirugía. • Un Laboratorio de Análisis Clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica (El proveedor podrá suscribir un convenio con algún laboratorio de análisis clínicos o de rayos x para poder proporcionar el servicio en casos de urgencias) • Capacidad para atender un promedio 60 consultas por mes en urgencias y 20 derechohabientes hospitalizados por mes en promedio <p>b) El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • NOM-027-SSA3-2013 relativa a regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamientos y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para atención médica. • NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología. • NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. • NOM-028-SSA3-2012 regulación de los servicios de salud para la práctica de ultrasonografía diagnóstica. • NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. <p>V. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá proporcionar los insumos (medicamentos y material de curación) necesarios e indispensables para el desarrollo de los servicios detallados en el ANEXO 6.</p> <p>La mecánica para este punto se acordará el día de la formalización del contrato con el proveedor.</p> <p>b) El proveedor deberá proporcionar los servicios médicos-hospitalarios a los derechohabientes de la contratante , quienes deberán presentar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de referencia autorizada por el médico responsable de la unidad médica de la contratante. • Credencial de afiliación a la contratante. <p>El proveedor será responsable de verificar la vigencia del derechohabiente o beneficiario con el Director de la Región.</p> <p>c) El proveedor deberá recibir en sus instalaciones a los derechohabientes para que se les proporcione el servicio los cuales les deberán entregar el pase de servicio subrogado, firmado por el Médico tratante y el Director de la Región, mismo que fue proporcionado por la contratante , con excepción en aquellos de urgencia calificada (problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del derechohabiente o beneficiario y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata)</p> <p>d) El proveedor deberá de notificar la atención médica que brinde a los derechohabientes y/o beneficiarios, así como informar la atención del mismo al correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com) la situación del derechohabiente.</p> <p>e) El proveedor deberá proporcionar alimentación adecuada de acuerdo a la dieta indicada por parte del médico tratante a los derechohabientes de la contratante que estén hospitalizados.</p> <p>f) El proveedor deberá llevar un control administrativo de los derechohabientes de la contratante que sean hospitalizados por alguna de las causas señaladas en el pase de subrogación o determinado por el médico del proveedor en caso de urgencia, tomando en cuenta la norma NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.</p> <p>g) El proveedor deberá generar un expediente con toda la documentación clínica relacionada con los pacientes referidos por la contratante , a estos al ser dados de alta se les proporcionara una copia, debiendo conservar una copia del mismo para posterior aclaración.</p> <p>La contratante podrá solicitar dicha documentación en el momento que lo requiera.</p> <p>h) El proveedor no deberá mantener a los derechohabientes en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.</p> <p>VI. Supervisión del Servicio:</p> <p>1) La supervisión de la prestación del servicio estarán a cargo del proveedor y de la contratante a través de la persona autorizada por parte de la Subdirección General Médica, cada vez que se proporcione un servicio.</p> <p>2) El proveedor deberá designar un enlace médico permanente que realice las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evaluación, revisión, programación de cirugías y tratamientos programados en coordinación con médicos de la contratante para su autorización. b) Informar diariamente por correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com), los ingresos hospitalarios de los derechohabientes a nivel |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>regional.</p> <p>c) Visitar todos los días, a todos los pacientes hospitalizados de la contratante.</p> <p>3. En caso de que la contratante una vez acordado con el proveedor podrá modificar los estudios y/o servicios detallados en el ANEXO 6, pudiendo aumentar o reducir éstos, ya sea por necesidades o por restricciones presupuestales y a petición de la misma.</p> <p>VII. Personal:</p> <p>El proveedor deberá contar con personal médico especializado en medicina de urgencias, para los servicios considerados en el ANEXO 6, mismo que deberá contar con experiencia mínima de 2 años, y por lo menos será el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico especialista en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria. • Una enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Una enfermera auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Un Técnico radiólogo, deberá acreditar su formación para que pueda realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia. • Un responsable sanitario de laboratorio clínico que podrá ser: <ul style="list-style-type: none"> a) Químico farmacobiólogo con currículum orientado al laboratorio clínico, o b) Médico cirujano con certificado vigente de la especialidad en patología clínica, o c) Biólogo con currículum orientado al laboratorio clínico. <p>VIII. Entregables:</p> <p>El proveedor deberá enviar mensualmente al Departamento de Administración de Servicios Subrogados lo siguiente:</p> <p>a) El listado de pacientes atendidos que deberá enviar mensualmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha del pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre del médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en la que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. • Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar. <p>b) Relación mensual de servicios otorgados que deberá presentar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R, retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio, impresos y con el sello y firma del médico solicitante, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio.</p> <p>d) Formato de cuenta del paciente, impreso y debidamente sellado y firmado por la Administración Regional y por el proveedor.</p> |
| 22 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA: I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias y Consultas de Urgencias en Atlixco para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Atlixco, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas del día, de lunes a domingo, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>En el Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Consultas de Urgencias en Atlixco, el proveedor deberá prestar el servicio de acuerdo a los procedimientos, medicamentos, material y estudios que se consideran en el ANEXO 7, durante la vigencia del contrato y con los siguientes requerimientos mínimos:</p> <p>a) Se requiere que el proveedor cuente con una Clínica u Hospital, que contenga mínimo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 camas censables. • Una sala de urgencias. • Un quirófano. • Una sala de tococirugía. • Capacidad para atender un promedio 60 consultas por mes en urgencias y 20 derechohabientes hospitalizados por mes en promedio <p>b) El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y |



| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>especificaciones de manejo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-027-SSA3-2013 relativa a regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamientos y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para atención médica. • NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología. • NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. • NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. <p>V. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá proporcionar los insumos (medicamentos y material de curación) necesarios e indispensables para el desarrollo de los servicios detallados en el ANEXO 7.</p> <p>La mecánica para este punto se acordará el día de la formalización del contrato con el proveedor.</p> <p>b) El proveedor deberá proporcionar los servicios médicos-hospitalarios a los derechohabientes de la contratante , quienes deberán presentar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de referencia autorizada por el médico responsable de la unidad médica de la contratante. • Credencial de afiliación a la contratante. <p>El proveedor será responsable de verificar la vigencia del derechohabiente o beneficiario con el Director de la Región.</p> <p>c) El proveedor deberá recibir en sus instalaciones a los derechohabientes para que se les proporcione el servicio los cuales les deberán entregar el pase de servicio subrogado, firmado por el Médico tratante y el Director de la Región, mismo que fue proporcionado por la contratante, con excepción en aquellos de urgencia calificada (problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del derechohabiente o beneficiario y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata)</p> <p>d) El proveedor deberá de notificar la atención médica que brinde a los derechohabientes y/o beneficiarios, así como informar la atención del mismo al correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com) la situación del derechohabiente.</p> <p>e) El proveedor deberá proporcionar alimentación adecuada de acuerdo a la dieta indicada por parte del médico tratante a los derechohabientes de la contratante que estén hospitalizados.</p> <p>f) El proveedor deberá llevar un control administrativo de los derechohabientes de la contratante que sean hospitalizados por alguna de las causas señaladas en el pase de subrogación o determinado por el médico del proveedor en caso de urgencia, tomando en cuenta la norma NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.</p> <p>g) El proveedor deberá generar un expediente con toda la documentación clínica relacionada con los pacientes referidos por la contratante, a estos al ser dados de alta se les proporcionara una copia, debiendo conservar una copia del mismo para posterior aclaración.</p> <p>La contratante podrá solicitar dicha documentación en el momento que lo requiera.</p> <p>h) El proveedor no deberá mantener a los derechohabientes en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.</p> <p>VI. Supervisión del Servicio:</p> <p>1) La supervisión de la prestación del servicio estarán a cargo del proveedor y de la contratante a través de la persona autorizada por parte de la Subdirección General Médica, cada vez que se proporcione un servicio.</p> <p>2) El proveedor deberá designar un enlace médico permanente que realice las siguientes actividades:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>a) Evaluación, revisión, programación de cirugías y tratamientos programados en coordinación con médicos de la contratante para su autorización.</p> <p>b) Informar diariamente por correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com), los ingresos hospitalarios de los derechohabientes a nivel regional.</p> <p>c) Visitar todos los días, a todos los pacientes hospitalizados de la contratante.</p> <p>3) En caso de que la contratante una vez acordado con el proveedor podrá modificar los estudios y/o servicios detallados en el ANEXO 7, pudiendo aumentar o reducir éstos, ya sea por necesidades o por restricciones presupuestales y a petición de la misma.</p> <p>VII. Personal:</p> <p>El proveedor deberá contar con personal médico especializado en medicina de urgencias, para los servicios considerados en el ANEXO 7, mismo que deberá contar con experiencia mínima de 2 años, y por lo menos será el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico especialista en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria. • Una enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Una enfermera auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. <p>VIII. Entregables</p> <p>El proveedor deberá enviar mensualmente al Departamento de Administración de Servicios Subrogados lo siguiente:</p> <p>a) El listado de pacientes atendidos que deberá enviar mensualmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha del pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre del médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en la que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. • Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar. <p>b) Relación mensual de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R, retención 5 al millar), • Total, |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio, impresa y con el sello y firma del médico solicitante, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio.</p> <p>d) Formato de cuenta del paciente, impreso y debidamente sellado y firmado por la Administración Regional y por el proveedor.</p> |
| 23 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA: I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos y Ultrasonografía Diagnóstica en Tehuacán para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante .</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Tehuacán del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas del día, de lunes a domingo, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>En el Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica el proveedor deberá proporcionar hospitalización sin cirugía y/o con cirugía de corta estancia o cirugía ambulatoria, urgencias y servicio de laboratorio de análisis clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica de acuerdo a los servicios, procedimientos, medicamentos, material y estudios que se consideran en el ANEXO 8, durante la vigencia del contrato y con los siguientes requerimientos mínimos:</p> <p>a) Se requiere que el proveedor cuente con una Clínica u Hospital, que contenga mínimo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 camas censables. • Una sala de urgencias. • Un quirófano. • Una sala de tococirugía. • Un Laboratorio de Análisis Clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica (El proveedor podrá suscribir un convenio con algún laboratorio de análisis clínicos o de rayos x para poder proporcionar el servicio en casos de urgencias) • Capacidad para atender un promedio 60 consultas por mes en urgencias y 20 derechohabientes hospitalizados por mes en promedio <p>b) El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>• NOM-027-SSA3-2013 relativa a regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamientos y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para atención médica.</p> <p>• NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología.</p> <p>• NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.</p> <p>• NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>• NOM-028-SSA3-2012 regulación de los servicios de salud para la práctica de ultrasonografía diagnóstica.</p> <p>• NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.</p> <p>V. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá proporcionar los insumos (medicamentos y material de curación) necesarios e indispensables para el desarrollo de los servicios detallados en el ANEXO 8.</p> <p>La mecánica para este punto se acordará el día de la formalización del contrato con el proveedor.</p> <p>b) El proveedor deberá proporcionar los servicios médicos-hospitalarios a los derechohabientes de la contratante , quienes deberán presentar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de referencia autorizada por el médico responsable de la unidad médica de la contratante. • Credencial de afiliación a la contratante. <p>El proveedor será responsable de verificar la vigencia del derechohabiente o beneficiario con el Director de la Región.</p> <p>c) El proveedor deberá recibir en sus instalaciones a los derechohabientes para que se les proporcione el servicio los cuales les deberán entregar el pase de servicio subrogado, firmado por el Médico tratante y el Director de la Región, mismo que fue proporcionado por la contratante , con excepción en aquellos de urgencia calificada (problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del derechohabiente o beneficiario y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata)</p> <p>d) El proveedor deberá de notificar la atención médica que brinde a los derechohabientes y/o beneficiarios, así como informar la atención del mismo al correo electrónico (jefaturatoraneos@gmail.com) la situación del derechohabiente.</p> <p>e) El proveedor deberá proporcionar alimentación adecuada de acuerdo a la dieta indicada por parte del médico tratante a los derechohabientes de la contratante que estén hospitalizados.</p> <p>f) El proveedor deberá llevar un control administrativo de los derechohabientes de la contratante que sean hospitalizados por alguna de las causas señaladas en el pase de subrogación o determinado por el médico del proveedor en caso de urgencia, tomando en cuenta la norma NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.</p> <p>g) El proveedor deberá generar un expediente con toda la documentación clínica relacionada con los pacientes referidos por la contratante , a estos al ser dados de alta se les proporcionara una copia, debiendo conservar una copia del mismo para posterior aclaración.</p> <p>La contratante podrá solicitar dicha documentación en el momento que lo requiera.</p> <p>h) El proveedor no deberá mantener a los derechohabientes en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.</p> <p>VI. Supervisión del Servicio:</p> <p>1) La supervisión de la prestación del servicio estarán a cargo del proveedor y de la contratante a través de la persona autorizada por parte de la Subdirección General Médica, cada vez que se proporcione un servicio.</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>2) El proveedor deberá designar un enlace médico permanente que realice las siguientes actividades:</p> <p>a) Evaluación, revisión, programación de cirugías y tratamientos programados en coordinación con médicos de la contratante para su autorización.</p> <p>b) Informar diariamente por correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com), los ingresos hospitalarios de los derechohabientes a nivel regional.</p> <p>c) Visitar todos los días, a todos los pacientes hospitalizados de la contratante.</p> <p>3. En caso de que la contratante una vez acordado con el proveedor podrá modificar los estudios y/o servicios detallados en el ANEXO 8, pudiendo aumentar o reducir éstos, ya sea por necesidades o por restricciones presupuestales y a petición de la misma.</p> <p>VII. Personal:</p> <p>El proveedor deberá contar con personal médico especializado en medicina de urgencias, para los servicios considerados en el ANEXO 8, mismo que deberá contar con experiencia mínima de 2 años, y por lo menos será el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico especialista en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria. • Una enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Una enfermera auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Un Técnico radiólogo, deberá acreditar su formación para que pueda realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia. • Un responsable sanitario de laboratorio clínico que podrá ser: <ul style="list-style-type: none"> a) Químico farmacobiólogo con currículum orientado al laboratorio clínico, o b) Médico cirujano con certificado vigente de la especialidad en patología clínica, o c) Biólogo con currículum orientado al laboratorio clínico. <p>VIII. Entregables:</p> <p>a) El proveedor deberá enviar mensualmente al Departamento de Administración de Servicios Subrogados lo siguiente:</p> <p>b) El listado de pacientes atendidos que deberá enviar mensualmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha del pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre del médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en la que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. <p>• Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar.</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>c) Relación mensual de servicios otorgados que deberá presentar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R, retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>d) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio, impresos y con el sello y firma del médico solicitante, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio.</p> <p>e) Formato de cuenta del paciente, impreso y debidamente sellado y firmado por la Administración Regional y por el proveedor.</p> |
| 24 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias y Consultas de Urgencias en Huauchinango para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Huauchinango, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas del día, de lunes a domingo, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>En el Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Consultas de Urgencias en Huauchinango, el proveedor deberá prestar el servicio de acuerdo a los procedimientos, medicamentos, material y estudios que se consideran en el ANEXO 9, durante la vigencia del contrato y con los siguientes requerimientos mínimos:</p> <p>a) Se requiere que el proveedor cuente con una Clínica u Hospital, que contenga mínimo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 camas censables. • Una sala de urgencias. • Un quirófano. • Una sala de tococirugía. • Un Laboratorio de Análisis Clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica (El proveedor podrá suscribir un convenio con algún laboratorio de análisis clínicos o de rayos x para poder proporcionar el servicio en casos de urgencias) • Capacidad para atender un promedio 60 consultas por mes en urgencias y 20 derechohabientes hospitalizados por mes en promedio |



| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>b) El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • NOM-027-SSA3-2013 relativa a regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamientos y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para atención médica. • NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología. • NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. • NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. <p>V. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá proporcionar los insumos (medicamentos y material de curación) necesarios e indispensables para el desarrollo de los servicios detallados en el ANEXO 9.</p> <p>La mecánica para este punto se acordará el día de la formalización del contrato con el proveedor.</p> <p>b) El proveedor deberá proporcionar los servicios médicos-hospitalarios a los derechohabientes de la contratante, quienes deberán presentar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de referencia autorizada por el médico responsable de la unidad médica de la contratante. • Credencial de afiliación a la contratante. <p>El proveedor será responsable de verificar la vigencia del derechohabiente o beneficiario con el Director de la Región.</p> <p>c) El proveedor deberá recibir en sus instalaciones a los derechohabientes para que se les proporcione el servicio los cuales les deberán entregar el pase de servicio subrogado, firmado por el Médico tratante y el Director de la Región, mismo que fue proporcionado por la contratante, con excepción en aquellos de urgencia calificada (problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del derechohabiente o beneficiario y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata)</p> <p>d) El proveedor deberá de notificar la atención médica que brinde a los derechohabientes y/o beneficiarios, así como informar la atención del mismo al correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com) la situación del derechohabiente.</p> <p>e) El proveedor deberá proporcionar alimentación adecuada de acuerdo a la dieta indicada por parte del médico tratante a los derechohabientes de la contratante que estén hospitalizados.</p> <p>f) El proveedor deberá llevar un control administrativo de los derechohabientes de la contratante que sean hospitalizados por alguna de las causas señaladas en el pase de subrogación o determinado por el médico del proveedor en caso de urgencia, tomando en cuenta la norma NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.</p> <p>g) El proveedor deberá generar un expediente con toda la documentación clínica relacionada con los pacientes referidos por la contratante, a estos al ser dados de alta se les proporcionará una copia, debiendo conservar una copia del mismo para posterior aclaración.</p> <p>La contratante podrá solicitar dicha documentación en el momento que lo requiera.</p> <p>h) El proveedor no deberá mantener a los derechohabientes en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de</p> |



| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>mayor capacidad resolutive.</p> <p>VI. Supervisión del Servicio:</p> <p>1) La supervisión de la prestación del servicio estarán a cargo del proveedor y de la contratante a través de la persona autorizada por parte de la Subdirección General Médica, cada vez que se proporcione un servicio.</p> <p>2) El proveedor deberá designar un enlace médico permanente que realice las siguientes actividades:</p> <p>a) Evaluación, revisión, programación de cirugías y tratamientos programados en coordinación con médicos de la contratante para su autorización.</p> <p>b) Informar diariamente por correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com), los ingresos hospitalarios de los derechohabientes a nivel regional.</p> <p>c) Visitar todos los días, a todos los pacientes hospitalizados de la contratante.</p> <p>3) En caso de que la contratante una vez acordado con el proveedor podrá modificar los estudios y/o servicios detallados en el ANEXO 9, pudiendo aumentar o reducir éstos, ya sea por necesidades o por restricciones presupuestales y a petición de la misma.</p> <p>VII. Personal:</p> <p>El proveedor deberá contar con personal médico especializado en medicina de urgencias, para los servicios considerados en el ANEXO 9, mismo que deberá contar con experiencia mínima de 2 años, y por lo menos será el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico especialista en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria. • Una enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Una enfermera auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. <p>VIII. Entregables</p> <p>El proveedor deberá enviar mensualmente al Departamento de Administración de Servicios Subrogados lo siguiente:</p> <p>a) El listado de pacientes atendidos que deberá enviar mensualmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha del pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre del médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en la que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. • Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar. <p>b) Relación mensual de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la prestación del servicio, |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R, retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio, impresa y con el sello y firma del médico solicitante, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio.</p> <p>d) Formato de cuenta del paciente, impreso y debidamente sellado y firmado por la Administración Regional y por el proveedor.</p> |
| 25 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos y Ultrasonografía Diagnóstica en Teziutlán para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Teziutlán, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas del día, de lunes a domingo, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>En el Servicio de Atención Médica de Urgencias, Atención Médico-Quirúrgico y Hospitalización, Laboratorio de Análisis Clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica para Teziutlán el proveedor deberá prestar el servicio de hospitalización sin cirugía y/o con cirugía de corta estancia, o cirugía ambulatoria, urgencias y servicio de laboratorio de análisis clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica, de acuerdo a los servicios, procedimientos, medicamentos, material y estudios que se consideran en el ANEXO 10, durante la vigencia del contrato y con los siguientes requerimientos mínimos:</p> <p>a) Se requiere que el proveedor cuente con una Clínica u Hospital, que contenga mínimo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 camas censables. • Una sala de urgencias. • Un quirófano. • Una sala de tococirugía. • Un Laboratorio de Análisis Clínicos, Rayos X y Ultrasonografía Diagnóstica (El proveedor podrá suscribir un convenio con algún laboratorio de análisis clínicos o de rayos x para poder proporcionar el servicio en casos de urgencias) • Capacidad para atender un promedio 60 consultas por mes en urgencias y 20 derechohabientes hospitalizados por mes en promedio <p>b) El Servicio deberá cumplir con las siguientes normas:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • NOM-016-SSA3-2012 relativa a requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • NOM-030-SSA3-2013 relativa a características (requisitos) arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. • NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 para la protección ambiental-salud ambiental-residuos peligroso biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • NOM-027-SSA3-2013 relativa a regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamientos y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para atención médica. • NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología. • NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. • NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. • NOM-028-SSA3-2012 regulación de los servicios de salud para la práctica de ultrasonografía diagnóstica. • NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. <p>V. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>a) El proveedor deberá proporcionar los insumos (medicamentos y material de curación) necesarios e indispensables para el desarrollo de los servicios detallados en el ANEXO 10.</p> <p>La mecánica para este punto se acordará el día de la formalización del contrato con el proveedor.</p> <p>b) El proveedor deberá proporcionar los servicios médicos-hospitalarios a los derechohabientes de la contratante , quienes deberán presentar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de referencia autorizada por el médico responsable de la unidad médica de la contratante. • Credencial de afiliación a la contratante. <p>El proveedor será responsable de verificar la vigencia del derechohabiente o beneficiario con el Director de la Región.</p> <p>c) El proveedor deberá recibir en sus instalaciones a los derechohabientes para que se les proporcione el servicio los cuales les deberán entregar el pase de servicio subrogado, firmado por el Médico tratante y el Director de la Región, mismo que fue proporcionado por la contratante, con excepción en aquellos de urgencia calificada (problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del derechohabiente o beneficiario y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata)</p> <p>d) El proveedor deberá de notificar la atención médica que brinde a los derechohabientes y/o beneficiarios, así como informar la atención del mismo al correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com) la situación del derechohabiente.</p> <p>e) El proveedor deberá proporcionar alimentación adecuada de acuerdo a la dieta indicada por parte del médico tratante a los derechohabientes de la contratante que estén hospitalizados.</p> <p>f) El proveedor deberá llevar un control administrativo de los derechohabientes de la contratante que sean hospitalizados por alguna de las causas señaladas en el pase de subrogación o determinado por el médico del proveedor en caso de urgencia, tomando en cuenta la norma NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.</p> <p>g) El proveedor deberá generar un expediente con toda la documentación clínica relacionada con los pacientes referidos por la contratante, a estos al ser dados de alta se les proporcionara una copia, debiendo conservar una copia del mismo para posterior aclaración.</p> <p>La contratante podrá solicitar dicha documentación en el momento que lo requiera.</p> <p>h) El proveedor no deberá mantener a los derechohabientes en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.</p> <p>VI. Supervisión del Servicio:</p> <p>1) La supervisión de la prestación del servicio estarán a cargo del proveedor y de la contratante a través de la persona autorizada por parte de la Subdirección General Médica, cada vez que se proporcione un servicio.</p> <p>2) El proveedor deberá designar un enlace médico permanente que realice las siguientes actividades:</p> <p>a) Evaluación, revisión, programación de cirugías y tratamientos programados en coordinación con médicos de la contratante para su autorización.</p> <p>b) Informar diariamente por correo electrónico (jefaturaforaneos@gmail.com), los ingresos hospitalarios de los derechohabientes a nivel regional.</p> <p>c) Visitar todos los días, a todos los pacientes hospitalizados de la contratante.</p> <p>3) En caso de que la contratante una vez acordado con el proveedor podrá modificar los estudios y/o servicios detallados en el ANEXO 10, pudiendo aumentar o reducir éstos, ya sea por necesidades o por restricciones presupuestales y a petición de la misma.</p> <p>VII. Personal:</p> <p>El proveedor deberá contar con personal médico especializado en medicina de urgencias, para los servicios considerados en el ANEXO 10, mismo que deberá contar con experiencia mínima de 2 años, y por lo menos será el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico especialista en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria. • Una enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Una enfermera auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica. • Un Técnico radiólogo, deberá acreditar su formación para que pueda realizar la interpretación del estudio y la emisión del diagnóstico en cualquier materia. • Un responsable sanitario de laboratorio clínico que podrá ser: <ul style="list-style-type: none"> a) Químico farmacobiólogo con currículum orientado al laboratorio clínico, o b) Médico cirujano con certificado vigente de la especialidad en patología clínica, o c) Biólogo con currículum orientado al laboratorio clínico. <p>VIII. Entregables</p> <p>El proveedor deberá enviar mensualmente al Departamento de Administración de Servicios Subrogados lo siguiente:</p> <p>a) El listado de pacientes atendidos que deberá enviar mensualmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo • Fecha del pase de subrogación y/o formato de autorización • Nombre del médico tratante • Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Afiliación del derechohabiente o beneficiario • Tipo de servicio otorgado • Fecha en la que se realizó el servicio • Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A. • Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar. <p>b) Relación mensual de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la prestación del servicio, • Cantidad y descripción del servicio, • Precio unitario, • Subtotal, • Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R, retención 5 al millar), • Total, • Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio, impresa y con el sello y firma del médico solicitante, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio.</p> <p>d) Formato de cuenta del paciente, impreso y debidamente sellado y firmado por la Administración Regional y por el proveedor.</p> |
| 26 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicio de Traslado en Ambulancia para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>LUGAR: el proveedor deberá realizar el servicio de traslado de derechohabiente o beneficiarios en ambulancia para las modalidades urgencias básicas y de cuidados intensivos en la Ciudad de Puebla y zonas foráneas, así como a la Ciudad de México conforme al ANEXO 11.</p> <p>HORARIO: El servicio se deberá proporcionar las 24 horas de lunes a domingo, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio</p> <p>El proveedor deberá atender las solicitudes del servicio de traslados de las unidades médicas de la contratante al lugar a donde sea referido por la contratante, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. La contratante a través de las personas autorizadas, solicitará al proveedor vía telefónica el traslado de derechohabiente o beneficiarios, proporcionando como mínimo los siguientes datos:</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del derechohabiente o beneficiario • Padecimiento • Lugar a donde será recogido el derechohabiente o beneficiario • Hospital de ingreso • Nombre del médico que recibe • Número de vale de traslado autorizado <p>2. El proveedor enviará una ambulancia de urgencias básicas y/o de cuidados intensivos según sea el caso para realizar el servicio de acuerdo a la información proporcionada con un tiempo de respuesta de 30 a 40 minutos y deberá proporcionar el número económico de la unidad que realizará el servicio. El cual deberá estar en apego a la norma NOM-034-SSA3-2013: regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria; en el apartado 4.1.9 de la norma, correspondiente al número económico, a los dígitos asignados a una unidad móvil con el propósito de identificarla, el mismo es otorgado internamente por la institución a la que pertenece.</p> <p>3. El personal del proveedor se reportará a la unidad médica a su llegada, haciendo referencia a la solicitud de traslado y al número económico asignado para validación y correcta identificación del servicio.</p> <p>4. El personal autorizado de la contratante le proporcionará al proveedor el formato DM4 debidamente requisitado, además del reporte clínico impreso (referencia y contra referencia) del estado de salud del derechohabiente o beneficiario.</p> <p>5. El proveedor deberá realizar el traslado de acuerdo a las indicaciones del médico tratante.</p> <p>6. El proveedor deberá verificar que el derechohabiente o beneficiario sea remitido al área correspondiente de acuerdo a lo solicitado por el médico tratante.</p> <p>7. El TAMP (técnico en atención médica prehospitalaria) o el personal responsable que atendió y estuvo a cargo del traslado del derechohabiente o beneficiario, deberá consignar en el formato para el registro de la atención médica prehospitalaria, todos los eventos ocurridos con motivo de su atención, debiendo considerar desde que la ambulancia acudió al llamado, hasta el momento en que el derechohabiente o beneficiario es entregado en un establecimiento para su atención médica (finalización del traslado).</p> <p>8. El personal médico o el TAMP de la ambulancia que lleve a cabo el traslado, es responsable del derechohabiente o beneficiario durante el mismo, toda vez que es considerada un establecimiento para la atención médica.</p> <p>V. Condiciones generales para la prestación del servicio.</p> <p>1. El proveedor para la prestación del servicio deberá cumplir con las siguientes normas mexicanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Norma oficial mexicana NOM-034-SSA3-2013, regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. b) Norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. c) Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. d) Norma oficial mexicana NOM-017-STPS-2008, equipo de protección personal-selección, uso y manejo en los centros de trabajo. e) Norma oficial mexicana NOM-220-SSA1-2016, instalación y operación del fármaco vigilancia. f) Norma oficial mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica. g) Norma oficial mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención. h) Norma oficial mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. |



| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <p>2. El proveedor deberá entregar al momento de la formalización del contrato, un directorio en forma impresa y electrónica, mismo que deberá ser actualizado mensualmente, para la recepción de solicitudes de atención para aquellos casos en los que se requiera el traslado de derechohabiente o beneficiarios, contando con el nombre del personal que será el enlace para brindar el servicio las 24 horas de lunes a domingo durante la vigencia del contrato incluyendo un número telefónico móvil conforme al ANEXO 15.</p> <p>3. El proveedor deberá entregar un directorio del personal que participe directamente en la prestación del servicio, conforme al ANEXO 16, en forma impresa y electrónica, mismo que deberá ser actualizado mensualmente.</p> <p>4. El proveedor deberá presentar a cada Director de Región de la contratante, así como al responsable de servicios subrogados, un informe mensual conforme al ANEXO 14, de manera impresa y vía electrónica a los correos electrónicos proporcionados por la contratante al momento de la formalización del contrato de los traslados realizados del mes.</p> <p>5. Las unidades que se utilicen para la prestación de los servicios, deberán cumplir con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portar al frente, en los costados y en la parte posterior la leyenda ambulancia, en la parte frontal su imagen deberá ser en espejo, es decir invertida, en material reflejante y en color contrastante con la ambulancia, las letras deben ser de tamaño no menor a 10 centímetros; además en los costados se especificará el tipo de ambulancia de que se trate: traslado, urgencias básicas o avanzadas y cuidados intensivos; en su caso, deberán rotularse el toldo, la cubierta y el fuselaje. El compartimiento destinado para la atención del derechohabiente o beneficiario, deberá contar con vidrios que impidan la visibilidad desde el exterior, pueden ser polarizados, entintados, esmerilados, opacos u otros. • Rótulo en material reflejante y en color contrastante con la ambulancia, donde se especifique la institución a la que pertenece o razón social y el número económico de la unidad, ubicado en los costados y en la parte posterior de la unidad, con caracteres de tamaño no menor a 8 centímetros y en el toldo de la ambulancia con caracteres de tamaño no menor a 40 centímetros. • Un sistema de iluminación de advertencia, a base de lámparas que emitan luces rojas y blancas de manera intermitente sobre el toldo, con proyección de luces de 360 grados y visibles a una distancia de 150 metros. • Una sirena, que genere sonidos entre 120 y 130 decibeles en promedio. • El uso de la sirena y las luces de emergencia se limitará estrictamente a la necesidad de solicitar paso preferente al acudir al llamado de una urgencia, durante el traslado del derechohabiente o beneficiario en estado grave o crítico. Las luces de emergencia podrán emplearse de manera independiente, con o sin el uso de la sirena siempre y cuando exista un derechohabiente o beneficiario a bordo de la ambulancia, dependiendo de su condición y estado de salud. • Un compartimiento destinado para la atención del derechohabiente o beneficiario, en su diseño y construcción, que cuente con dispositivos de sujeción, así como tener espacio libre, que dé cabida al menos a un derechohabiente o beneficiario en carro camilla y al personal responsable de la atención del mismo, que pueda estar sentado; mismo que debe contar con un sistema de iluminación con suficiente intensidad para permitir la evaluación del derechohabiente o beneficiario y la identificación de los insumos que se requieran y deben estar configuradas de acuerdo con las especificaciones de diseño del fabricante y contar con un área que permita la atención del derechohabiente o beneficiario durante su traslado. Deberá tener como mínimo 1.60 metros de altura, 1.90 metros de ancho y 2.50 metros de largo. <p>6. El proveedor deberá proporcionar los recursos físicos de apoyo necesarios (ANEXOS 12 y 13), sin costo extra para la contratante, necesarios e indispensables para la prestación del servicio.</p> <p>7. El proveedor deberá contar con 10 unidades como mínimo equipadas para el servicio mismas que deberán ser modelo 2010 en adelante, 9 para el traslado de urgencias básicas y 1 para traslado de cuidados intensivos.</p> <p>8. Las unidades básicas y de cuidados intensivos deberán estar equipados mínimos con el equipo mencionado en los ANEXOS 12 y 13 respectivamente.</p> <p>9. El proveedor deberá contar con las ambulancias y el equipo requerido en buen estado y adecuados para la prestación del servicio.</p> <p>10. El proveedor en caso de falla o descompostura de algunos recursos físicos de apoyo establecidos en los ANEXOS 12 y 13 o ambulancia, que sea requerido para la prestación del servicio, deberá tener disponibilidad de los mismos en forma inmediata, sustituyendo por otro con iguales características.</p> <p>11. El proveedor deberá garantizar que las ambulancias estarán disponibles en cuanto se les solicite el servicio, las 24 horas de lunes a domingo.</p> |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <p>12. Las etapas del proceso operativo de atención prehospitalaria a cargo del proveedor, serán de acuerdo a lo siguiente:</p> <p>a) Preparación. Proceso de aseguramiento de las condiciones óptimas de operación antes de la respuesta.</p> <p>b) Respuesta. Administrar y responder a las llamadas por parte del contratante, para acudir de forma oportuna y segura al lugar requerido.</p> <p>c) Extracción y movilización. Extraer y movilizar al derechohabiente o beneficiario de acuerdo a sus condiciones clínicas y los recursos tecnológicos disponibles.</p> <p>d) Traslado. Trasladar al derechohabiente o beneficiarios de manera segura, de forma oportuna y en el tiempo adecuado, mediante enlace y notificación de su condición clínica, de acuerdo a la normativa del control médico.</p> <p>e) Referencia. Transferir al derechohabiente o beneficiario, al personal autorizado y facultado del establecimiento para la atención medica receptor, acompañado de un reporte de atención prehospitalaria verbal y escrito.</p> <p>f) Fin de actividades. Realizar la adecuación y aseo del equipo, del material y del vehículo para reanudar el proceso operativo.</p> <p>VI. Personal.</p> <p>a) PARA AMBULANCIAS BÁSICAS</p> <p>1. Se requiere de un operador de ambulancias con Licencia de Conducir Tipo A con 3 años de antigüedad.</p> <p>2. Un TAMP (Técnico en Atención Médica Prehospitalaria), mismo que debe ser competente para identificar, evaluar e intervenir en situaciones de urgencia médica para salvaguardar la vida y prevenir lesiones subsecuentes, con base en el conocimiento, habilidades, destrezas y aptitudes adquiridas, empleando para ello la tecnología vigente, respetando la dignidad, costumbres y creencias del usuario, trabajando con el equipo multi e interdisciplinario de salud. Para ello, se deben tener las competencias necesarias en los diferentes niveles (básico, intermedio y avanzado), y experiencia mínima de 2 años, será responsable del monitoreo y atención al derechohabiente o beneficiario, y deberá tener:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación como técnico en urgencias médicas básicas, formación como respondientes en situaciones de urgencia. • Soporte básico y avanzado de vida (reanimación cardiopulmonar). • Atención al derechohabiente o beneficiario poli traumatizado. • Atención al derechohabiente o beneficiario con enfermedades clínicas. • Manejo y traslado de derechohabiente o beneficiarios. <p>b) PARA AMBULANCIAS DE CUIDADOS INTENSIVOS</p> <p>1. Se requiere de un operador de ambulancias con Licencia de Conducir Tipo A con 3 años de antigüedad.</p> <p>2. Un TAMP (Técnico en Atención Médica Prehospitalaria), mismo que debe ser competente para identificar, evaluar e intervenir en situaciones de urgencia médica para salvaguardar la vida y prevenir lesiones subsecuentes, con base en el conocimiento, habilidades, destrezas y aptitudes adquiridas, empleando para ello la tecnología vigente, respetando la dignidad, costumbres y creencias del usuario, trabajando con el equipo multi e interdisciplinario de salud. Para ello, se deben tener las competencias necesarias en los diferentes niveles (básico, intermedio y avanzado), y experiencia mínima de 2 años, quien deberá contar con el soporte y respaldo en comunicación de un médico responsable del traslado, en caso de que no asista un médico en la unidad, y tener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación como técnico en urgencias médicas intermedio, médicos generales o en su caso en urgencias médicas básicos, con talleres de especialización y actualización de atención médica prehospitalaria. • Soporte avanzado de vida (reanimación cardiopulmonar apoyada con medicamentos y desfibrilador externo automático) • Intubación y manejo de la vía aérea difícil. • Monitoreo de signos vitales mediante instrumentos. |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Atención al derechohabiente o beneficiario pilo traumatizado.• Atención al derechohabiente o beneficiario con enfermedades clínicas.• Manejo y traslado de derechohabiente o beneficiarios críticos. <p>VII. Entregables:</p> <p>El proveedor deberá enviar mensualmente al Departamento de Administración de Servicios Subrogados lo siguiente:</p> <p>a) El listado de pacientes atendidos que deberá enviar mensualmente a los correos electrónicos servicios_subrogadoscfdi@outlook.com, preferentemente en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office que contenga los siguientes datos</p> <ul style="list-style-type: none">• Número consecutivo.• Nombre del médico solicitante y tratante.• Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido.• Afiliación nueva del derechohabiente o beneficiario.• Diagnóstico del derechohabiente o beneficiario.• Tipo de servicio otorgado.• Fecha en la que se realizó el servicio.• Cantidad y costo de asignación antes de I.V.A).• Al final del listado indicar Subtotal, IVA, Subtotal Bruto, Retenciones (ISR y 5 al millar) y Total a Pagar. <p>b) Relación mensual de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha de la prestación del servicio,• Cantidad y descripción del servicio,• Precio unitario,• Subtotal,• Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R, retención 5 al millar),• Total,• Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Un formato libre de registro de atención pre-hospitalario de las urgencias médicas, en formato impreso, mismo que deberá ser sellado por el personal autorizado de la contratante y deberá contener como mínimo los siguientes campos de información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Número progresivo del folio del formato.• Fecha del servicio: día, mes y año.• Identificación de la ambulancia: número económico, número de placas e institución a la que pertenece.• Tipo de servicio.• Hora de salida de la ambulancia de las instalaciones del proveedor. |

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Hora de primer contacto en las instalaciones de la contratante. • Hora de finalización del servicio (recepción en el establecimiento para la atención médica). • Identificación del personal operativo: operador de la ambulancia, el TAMP, el médico o personal de enfermería, según sea el caso. • Datos del derechohabiente o beneficiario: nombre, edad y sexo o en su caso, media filiación. • Antecedentes personales patológicos. • Padecimiento actual. • Datos y firmas de los responsables que entregan y reciben. • Nombre del médico que solicita el servicio. <p>d) Formato DM4 y/o solicitud del servicio, impreso, con el sello y firma del médico solicitante, y en su caso, la firma del derechohabiente o beneficiario, o de la persona que lo haga a ruego y encargo, en el que manifieste haber recibido el servicio.</p> <p>e) Cuando aplique de acuerdo al tipo de servicio, la hoja de referencia (historia clínica), impresa con la firma y sello del médico tratante.</p> |
| 27 | 1 | Servicio | <p>DESCRIPCIÓN DE LA PARTIDA:</p> <p>I. Descripción general del servicio:</p> <p>Se requiere la contratación del Servicios de Rehabilitación en Tehuacán, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP), bajo la modalidad de un contrato abierto por lo que la contratante en términos de lo dispuesto por el artículo 108 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal del Estado de Puebla, estando la contratante obligado a contratar el monto mínimo autorizado y quedando el monto máximo en función a la necesidad y la suficiencia presupuestal de la contratante.</p> <p>II. Periodo del servicio:</p> <p>La prestación del servicio será a partir del día hábil siguiente de la formalización del contrato hasta el 31 de diciembre de 2020.</p> <p>III. Lugar de prestación del servicio:</p> <p>Los servicios deberán prestarse en las instalaciones del proveedor que se ubiquen en el Municipio de Tehuacán, del Estado de Puebla, en un horario de servicio que comprenderá las veinticuatro horas de día, de lunes a viernes, durante la vigencia del contrato.</p> <p>IV. Descripción detallada del servicio:</p> <p>El proveedor deberá realizar los servicios de rehabilitación que se consideran en el ANEXO 17, durante la vigencia del contrato, debiendo contar con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios, conforme a lo siguiente:</p> <p>1. Requerimientos mínimos para prestar el servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 Cubículos para atención individual. • Equipo laser terapéutico para la rehabilitación • Equipo de electroterapia • Estimulador neuromuscular para electroterapia, sin sistema de vacío o/ equipo de corrientes interferenciales • Unidad de ultrasonido terapéutico • Bicicleta ergonómica • Bicicleta elíptica |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Una caminadora <p>2. Consideraciones generales del servicio:</p> <p>A) El proveedor deberá realizar el servicio de rehabilitación los derechohabientes de la contratante, previa exhibición de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pase de servicio subrogado en el que se establecerá el servicio, firmado por el Médico Tratante y el Director de la Unidad Médico Familiar de Tehuacán, mismo que deberá contener el sello de la Dirección de la Unidad Médico Familiar de Tehuacán• Credencial vigente que identifique al paciente como derechohabiente. <p>El proveedor será responsable de verificar que el pase de servicio subrogado cuente con los requisitos antes precisados y que los documentos que se le exhiban para la prestación del servicio sean originales.</p> <p>B) El proveedor deberá considerar como parte del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none">• La revisión del paciente.• Total de sesiones. <p>C) El proveedor deberá generar un informe quincenal de los estudios realizados en ese periodo, mismo que deberá entregar en forma electrónica quincenal en Excel a la siguiente dirección: jefaturaforaneos@gmail.com.</p> <p>3. Supervisión del servicio:</p> <p>La supervisión de la prestación del servicio estará a cargo del proveedor y de la contratante, a través de la persona autorizada por parte del Director de la Región 4 de la contratante, siendo para esta partida el Director de la Unidad Médico Familiar de Tehuacán.</p> <p>V. Personal asignado para la prestación del servicio:</p> <p>1. Dos fisioterapeutas con experiencia mínima de 2 años.</p> <p>VI.- Entregables:</p> <p>El proveedor deberá realizar la entrega de los siguientes documentos:</p> <p>a) Pases subrogados originales y/o solicitud del servicio con el sello de regional, firma del médico solicitante y del Director Regional, así como la firma del derechohabiente o beneficiario que corresponda de haber recibido el servicio, respecto de los servicios que haya prestado en ese mes.</p> <p>b) Relación quincenal de servicios otorgados que deberá entregar en forma impresa, e incluir la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha o periodo de la prestación del servicio,• Cantidad y descripción del servicio,• Precio unitario,• Subtotal,• Descripción y aplicación de los impuestos generados (I.V.A., I.S.R., retención 5 al millar),• Total,• Nombre y número de afiliación del derechohabiente o beneficiario atendido. <p>c) Listado de pacientes atendidos, mismo que deberá enviar quincenalmente al correo servicios_subrogadoscfdi@outlook.com en hoja de cálculo compatible con Microsoft Office, y que deberá presentar impreso rubricado al margen y firmado al calce por la persona autorizada para ello, con los siguientes datos:</p> |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| PART | CANTIDAD | U MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------|----------|-------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Número consecutivo• Fecha de pase de subrogación y/o formato de autorización• Nombre de médico tratante• Nombre del derechohabiente o beneficiario por apellido• Afiliación del derechohabiente o beneficiario• Tipo de servicio otorgado• Fecha en que se realizó el servicio• Cantidad y costo de asignación antes de IVA |

ANEXO 2

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|------------------------------------|------------------|---|
| GRUPO HEMATOLÓGIA | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACION |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUINEO Y RH. |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA |
| QUIMICA CLINICA | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA |
| 7 | ESTUDIO | UREA |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA |
| PARASITOLOGIA | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS |
| BACTERIOLOGIA | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO |
| INMUNOLOGIA | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES |
| 28 | ESTUDIO | VDRL |
| 29 | ESTUDIO | VIH |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO |
| PERFIL DE LIPIDOS | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS |
| PERFIL REUMÁTICO | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE |
| PERFIL TIROIDEO | | |
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL |
| ENZIMAS CARDIACAS | | |
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK |
| PRUEBAS DE FUNCION RENAL | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM |
| PRUEBAS ADICIONALES | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA |
| 51 | ESTUDIO | EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL |
| 52 | ESTUDIO | ANTIÉGENO PROSTÁTICO |

ANEXO 3

ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA Y RAYOS X

| NO. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|------------------------------|------------------|---|
| ULTRASONIDO | | |
| 1 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR |
| 2 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PELVICO |
| 3 | ESTUDIO | ULTRASONIDO OBSTETRICO |
| 4 | ESTUDIO | ULTRASONIDO HIGADO Y VIAS BILIARES |
| 5 | ESTUDIO | ULTRASONIDO MAMARIO |
| 6 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESPLENICO |
| 7 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PO REGION |
| 8 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMINAL |
| 9 | ESTUDIO | ULTRASONIDO DE ABDOMEN Y PELVIS |
| 10 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESCROTAL |
| 11 | ESTUDIO | ULTRASONIDO TESTICULAR |
| 12 | ESTUDIO | ULTRASONOGRAFÍA PRÓSTÁTICO |
| 13 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PARTE BLANDAS |
| 14 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ENDOVAGINAL |
| 15 | ESTUDIO | ULTRASONIDO RENAL Y VESICAL |
| RAYOS X | | |
| 16 | ESTUDIO | RX POR DISPARO |
| 17 | ESTUDIO | RX AP Y LATERAL |
| 18 | ESTUDIO | PLACA RX URGENCIAS |
| 19 | ESTUDIO | TORAX PA |
| 20 | ESTUDIO | TORAX LATERAL |
| 21 | ESTUDIO | TORAX AP |
| 22 | ESTUDIO | TORAX OSEO |
| 23 | ESTUDIO | SIMPLE ABDOMEN "UNA POSICION" |
| 24 | ESTUDIO | CRANEO AP |
| 25 | ESTUDIO | CRANEO LAT |
| 26 | ESTUDIO | HOMBRO AP |
| 27 | ESTUDIO | ANTEBRAZO AP |
| 28 | ESTUDIO | ANTEBRAZO LAT |
| 29 | ESTUDIO | CODO AP |
| 30 | ESTUDIO | CODO LAT |
| 31 | ESTUDIO | BRAZO AP |
| 32 | ESTUDIO | BRAZO LAT |
| 33 | ESTUDIO | PIERNA AP |
| 34 | ESTUDIO | PIERNA LAT |
| 35 | ESTUDIO | MUSLO AP |
| 36 | ESTUDIO | MUSLO LAT |
| 37 | ESTUDIO | TOBILLO AP |
| 38 | ESTUDIO | TOBILLO LAT |
| 39 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR AP |
| 40 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR LAT |
| 41 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS AP |
| 42 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS LAT |
| 43 | ESTUDIO | MUNECA AP |
| 44 | ESTUDIO | MUNECA LAT |
| 45 | ESTUDIO | MANO AP |
| 46 | ESTUDIO | MANO LAT |
| 47 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL AP |
| 48 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL LAT |
| 49 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR AP |
| 50 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR LAT |
| 51 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA AP |
| 52 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA LAT |
| 53 | ESTUDIO | PELVIS AP |
| 54 | ESTUDIO | PELVIS LAT |
| 55 | ESTUDIO | RODILLA AP |
| 56 | ESTUDIO | RODILLA LAT |
| ESTUDIOS CONTRASTADOS | | |
| 57 | ESTUDIO | SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL |
| 58 | ESTUDIO | UROGRAFÍA EXCRETORA |
| 59 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA |

ANEXO 4

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN, LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA EN TEPEACA

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|-----|------------------|--|
| 1 | SERVICIO | CESÁREA |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| 2 | SERVICIO | Ginecólogo, Anestesiólogo, Ayudante, Pediatra e Instrumentista |
| | | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| | | Materiales Desechables |
| 3 | SERVICIO | Oxígeno |
| | | Ginecólogo y Pediatra |
| | | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| 4 | SERVICIO | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Ginecólogo, Anestesiólogo e Instrumentista |
| | | LUI |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) |
| 5 | SERVICIO | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | APENDICECTOMIA |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| 6 | SERVICIO | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | APENDICECTOMÍA COMPLICADA |
| | | Días cama (hasta 5 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| 7 | SERVICIO | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Malla (en caso de requerirla) |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) |
| | | PLASTIAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL) |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| 8 | SERVICIO | Derecho de sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Malla (en caso de requerirla) |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | PLASTIAS COMPLICADA (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL) |
| 9 | SERVICIO | Días cama (hasta 4 días) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | COLECISTECTOMÍA |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| 10 | SERVICIO | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | HISTERECTOMÍA |
| | | Días cama (hasta 3 días) |

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|--------------------------------|------------------|--|
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| 11 | SERVICIO | LAPE (LAPAROTOMÍA EXPLORADORA) |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| 12 | PROCEDIMIENTO | ANESTESIA BLOQUEO |
| 13 | PROCEDIMIENTO | ANESTESIA CESAREA |
| 14 | PROCEDIMIENTO | ANESTESIA GENERAL |
| 15 | PROCEDIMIENTO | AYUDANTÍA |
| 16 | PROCEDIMIENTO | CIRUGÍA MAYOR |
| SERVICIOS HOSPITALARIOS | | |
| 17 | SERVICIO | CONSULTA DE URGENCIAS |
| 18 | SERVICIO | CONSULTA DE ESPECIALIDAD |
| 19 | SERVICIO | CONSULTA GENERAL |
| 20 | SERVICIO | CUNERO |
| 21 | SERVICIO | CURACIÓN S/MATERIAL |
| 22 | SERVICIO | DERECHO DE SALA C. MAYOR |
| 23 | SERVICIO | DERECHO DE SALA C. MENOR |
| 24 | SERVICIO | DERECHO DE SALA R/DIU |
| 25 | SERVICIO | DERECHO DE SALA URGENCIA |
| 26 | SERVICIO | OBSERVACIÓN DE SALA U. |
| 27 | SERVICIO | FOTO TERAPIA POR DIA |
| 28 | SERVICIO | HONORARIOS DE PEDIATRÍA |
| 29 | SERVICIO | HOSPITALIZACION DIA C.A. |
| 30 | SERVICIO | INCUBADORA |
| 31 | SERVICIO | INSTRUMENTISTAS |
| 32 | SERVICIO | INTERCONSULTA ESP. |
| 33 | SERVICIO | VAPORIZADOR NEVOLIZADOR 3 |
| 34 | SERVICIO | VISTA A HOSPITALIZADOS |
| MEDICAMENTOS | | |
| 35 | MEDICAMENTO | ACIDO ACETILSALICILICO TBS. 300 MG |
| 36 | MEDICAMENTO | CLONIXINATO DE LISNA AMP. 100 MG |
| 37 | MEDICAMENTO | KETOROLACO AMP. 30 MG 1 ML |
| 38 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO AMP. 1 G 2 ML. |
| 39 | MEDICAMENTO | NALBUFINA AMP. 10 MG 1 ML |
| 40 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM AAMP. 10 MG 2 ML |
| 41 | MEDICAMENTO | ATROPINA AMP. 1 MG 1 ML |
| 42 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA EPINEFRINA SOL. INY. 2% |
| 43 | MEDICAMENTO | CLOROPIRAMINA CLORHIDRATO 20 MG AMP. 2 ML |
| 44 | MEDICAMENTO | AMINOFILINA AMP. 250 MG 10 ML |
| 45 | MEDICAMENTO | BROMURO DE IPRATROPIO 500 MCG AMP. 2 ML |
| 46 | MEDICAMENTO | IPRATROPIO - SALBUTAMOL AMP. 0.500 MG AMP. 2.5 ML |
| 47 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA AMP. 100 MG 2 ML |
| 48 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA 500 MG AMP. 4 ML |
| 49 | MEDICAMENTO | METILPREDNISOLONA AMP. 40 MG 2 ML |
| 50 | MEDICAMENTO | DIGOXINA AMP. 0.5 MG 2 ML |
| 51 | MEDICAMENTO | CLORURO DE POTASIO AMP. 1.49 G 10 ML |
| 52 | MEDICAMENTO | AMIODARONA AMP. 150 MG 3 ML |
| 53 | MEDICAMENTO | METILDOPA TBS. 250 MG 30 TABS. |
| 54 | MEDICAMENTO | HIDRALAZINA AMP. 20 MG 1 ML |
| 55 | MEDICAMENTO | ISOSORBIDA TABS. 5 MG SUBLINGUALES |
| 56 | MEDICAMENTO | NIFEDIPINO CAPS. 10 MG 20 CAPS. |
| 57 | MEDICAMENTO | EPINEFRINA AMP. 1 MG 1 ML |
| 58 | MEDICAMENTO | INSULINA HUMANA SOLUCIÓN 100 UI 10 ML |
| 59 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA AMP. 20 MG 1 ML |
| 60 | MEDICAMENTO | OMEPRAZOL AMP. 40 MG |
| 61 | MEDICAMENTO | RANITIDINA 50 MG /5 ML AMP |
| 62 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA AMP. 10 MG 2 ML |
| 63 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL AMP. 500 MG 100 ML |
| 64 | MEDICAMENTO | OXITOCINA AMP. 5 UI 1 ML |
| 65 | MEDICAMENTO | ERGONOVINA 0.2 MG AMP. 1 ML |
| 66 | MEDICAMENTO | HIERRO DEXTRAN 10 MG AMP. 2 ML I.V. |
| 67 | MEDICAMENTO | TRIMETOPRIMA Y SULFAMETOXAZOL 800 MG AMP. 3 ML |
| 68 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA AMP. 250 MG 5 ML |
| 69 | MEDICAMENTO | AMPICILINA AMP. 500 MG 2 ML |
| 70 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA AMP. 1 G 10 ML |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|-------------------|------------------|---|
| 71 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO LACTADO 200 MG AMP. 100 ML I.V. |
| 72 | MEDICAMENTO | GENTAMICINA 80 MG AMP. 2 ML |
| 73 | MEDICAMENTO | AMIKACINA AMP. 500 MG 2 ML |
| 74 | MEDICAMENTO | AMIKACINA AMP. 100 MG 2 ML |
| 75 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA AMP. 300 MG 2 ML |
| 76 | MEDICAMENTO | MANITOL 20% 50 G 250 ML |
| 77 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA 20 MG AMP. 2ML |
| 78 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL AMP. 40 MG 2 ML |
| 79 | MEDICAMENTO | MECLIZINA Y PIRIDOXINA 25 MG AMP. 1 ML |
| 80 | MEDICAMENTO | DICLOFENACO AMP. 75 MGR. 3 ML |
| 81 | MEDICAMENTO | KETOPROFENO 100 MG AMP. 2ML |
| 82 | MEDICAMENTO | INDOMETACINA SUPS. 100 MG 15 SUPOS. |
| 83 | MEDICAMENTO | INDOMETACINA CAPS. 25 MG ENV. 30 CAPS. |
| 84 | MEDICAMENTO | DEXAMETASONA AMP. 8 MG 2 ML |
| 85 | MEDICAMENTO | GLUCOSA AL 5% 500 ML |
| 86 | MEDICAMENTO | GLUCOSA AL 5% 1000 ML |
| 87 | MEDICAMENTO | GLUCOSA 10% CON 500 ML |
| 88 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOLUCIÓN 10% CON 10 G 1000 ML 100.0 G |
| 89 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOLUCIÓN 50% 100 ML 50 G 50 ML 25.0 G |
| 90 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ENV. 250 ML SODIO 38.5 MEQ. CLORURO 38.5 MEQ. |
| 91 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ENV. 250 ML SODIO 77 MEQ. CLORURO 77 MEQ. |
| 92 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ENV. 1000 ML SODIO 154 MEQ. CLORURO 154 MEQ. |
| 93 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO Y GLUCOSA CADA 100 ML. CLORURO DE SODIO 0.9 G GLUCOSA MONOHIDRATADA 5.0 GLUCOSA ENV. 500 ML SODIO 77 MEQ. CLORURO 77MEQ. GLUCOSA 25 G. |
| 94 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO Y GLUCOSA CADA 100 ML. CLORURO DE SODIO 0.9 G GLUCOSA MONOHIDRATADA 5.0 G ENV. 1000 ML SODIO 154.0 MEQ. CLORURO 154.0 MEQ. GLUCOS. |
| 95 | MEDICAMENTO | HARTMANN ENV. 500 ML |
| 96 | MEDICAMENTO | HARTMANN ENV. 1000 ML |
| 97 | MEDICAMENTO | GLUCONATO DE CALCIO 10% 1 GR AMP. .10 ML |
| 98 | MEDICAMENTO | AGUA INY. ENV. 500 ML |
| 99 | MEDICAMENTO | CARBETOCINA 100 MCG. SOL. INY. 1 ML AMP. |
| MATERIALES | | |
| 100 | LITRO | ALCOHOL 1LT |
| 101 | BOTELLA | AGUA P/IRRIGACIÓN |
| 102 | PIEZA | AGUJA DESECHABLE |
| 103 | PIEZA | ALGODÓN PLISADO 300GR. |
| 104 | PIEZA | APOSITO 2 |
| 105 | PIEZA | BLORECEP 50 ML C/A C/D |
| 106 | PIEZA | BLORECEP 100ML C/A C/D |
| 107 | PIEZA | BLORECEP 250 ML C/A C/D |
| 108 | PIEZA | BLORECEP 500 ML C/A C/D |
| 109 | PIEZA | BOLSA RECOLECTORA ORINA ADULTO |
| 110 | PIEZA | BOLSA RECOLECTORA ORINA NIÑA |
| 111 | PIEZA | BOLSA RECOLECTORA ORINA NIÑO |
| 112 | PIEZA | BOTAS DESECHABLES C/PAR |
| 113 | PIEZA | CÁNULA ENDOTRAQUEAL |
| 114 | PIEZA | CÁNULA EPIDURAL |
| 115 | PIEZA | CAT GUT SIMPLE 3T-10 |
| 116 | PIEZA | CATÉTER PARA OXIGENO K-21 |
| 117 | PIEZA | CATÉTER PARA SOLUCIÓN CON VÁLVULA |
| 118 | PIEZA | CAT GUT CRÓMICO 1/0 T-10 |
| 119 | PIEZA | CAT GUT CRÓMICO 2/0 T-10 |
| 120 | PIEZA | CUBRE BOCAS DESECHABLES |
| 121 | PIEZA | DERMALON 2 T-10, T-10 CON AGUA |
| 122 | PIEZA | DEXON NO. 1T-5 |
| 123 | PIEZA | ENCOCATH CORTO No. 16 |
| 124 | PIEZA | ENDOCATH LARGO No. 16 |
| 125 | PIEZA | CATGUT CROMICO 1 T-10 |
| 126 | PIEZA | CATGUT CROMICO 2 T-10 |
| 127 | PIEZA | EQUIPO DE TRICOTOMÍA |
| 128 | PIEZA | EQUIPO MATRIZET, BURETROL O FLEBUTEC |
| 129 | PIEZA | EQUIPO PARA BLOQUEO DESECHABLE |
| 130 | PIEZA | EQUIPO PARA MEDIR PRESIÓN VENOSA CENTRAL |
| 131 | PIEZA | EQUIPO PARA TRANSFUSIÓN DE SANGRE C/A |
| 132 | PIEZA | EQUIPO PARA TRANSFUSIÓN DE SANGRE S/A |
| 133 | PIEZA | EQUIPO VENOCISIS |
| 134 | PIEZA | EQUIPO DE MICROGOTERO |
| 135 | PIEZA | EQUIPO FLEVOTEC |
| 136 | PIEZA | PAQ. GASA 10*10 S/RYTEX |
| 137 | PIEZA | PAQ. GASA RADIOPACA C/RYTEX |





Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|--------------------------|------------------|---|
| 138 | PIEZA | GELFOAM |
| 139 | PIEZA | GORRO DESECHABLE PARA PACIENTE |
| 140 | PIEZA | GORRO DESECHABLE PARA CIRUJANO |
| 141 | PIEZA | PAR GUANTES LATEX CIRUGANO No. 6.5 ICO No.6.5 E |
| 142 | PIEZA | PAR GUANTES LATEX QUIRURGICO No. 7 |
| 143 | PIEZA | PAR GUANTES LATEX QUIRURGICO No.7.5 |
| 144 | PIEZA | PAR GUANTES DESECHABLES PARA EXPLORACION |
| 145 | PIEZA | HOJA DE BISTURI No. 23 No. 24 |
| 146 | PIEZA | HOJA PARA RASURAR |
| 147 | PIEZA | HORA DE OXIGENO |
| 148 | PIEZA | ISODINE ESPUMA 120 ML |
| 149 | PIEZA | JABON ANTICEPTICO 100ML |
| 150 | PIEZA | JABON QUIRURGICO |
| 151 | PIEZA | JERINGA P/INSULINA 1 ML. C/A |
| 152 | PIEZA | JERINGA DESECHABLE 3 ML. C/A |
| 153 | PIEZA | JERINGA DESECHABLE 5 ML. C/A |
| 154 | PIEZA | JERINGA DESECHABLE 10 ML. C/A |
| 155 | PIEZA | JERINGA DESECHABLE 20 ML. S/A |
| 156 | PIEZA | LANCETAS P/PUNCION |
| 157 | PIEZA | LUGADURA UMBILICAL |
| 158 | PIEZA | MALLA DE PROPIETILENO |
| 159 | PIEZA | MARIPOSA CAL. 21, 22, 23, 25 |
| 160 | PIEZA | MASCARRILLA P/OXIGENO ADULTO |
| 161 | PIEZA | MASCARRILLA P/OXIGENO INFANTIL |
| 162 | PIEZA | MERTHIOLATE 50 ml. |
| 163 | PIEZA | METRIZET 100 ML |
| 164 | PIEZA | METRIZET 500 ML |
| 165 | PIEZA | MICROPORE |
| 166 | PIEZA | PAÑAL DESECHABLE P/ADULTO |
| 167 | PIEZA | PENROUSSE 1/2 - 1/8- 3/4 |
| 168 | PIEZA | PERILLA DE HULE No. 3 No. 4 No.5 |
| 169 | PIEZA | PUNZOCAT 17, 18, 19, 20, 23, 24 |
| 170 | PIEZA | SEDA LIBRE S/A No.1 |
| 171 | PIEZA | SEDA LIBRE C/A No.1 |
| 172 | PIEZA | ISODINE SOLUCION 120 ML |
| 173 | PIEZA | SOL. 1000 ML |
| 174 | PIEZA | SOL. 500 ML |
| 175 | PIEZA | SONDA ESTOMACAL TIPO LEVIN K-10 |
| 176 | PIEZA | SONDA ESTOMACAL TIPO LEVIN K-11 |
| 177 | PIEZA | SONDA FOLEY No. 14/30 |
| 178 | PIEZA | SONDA FOLEY No. 16/30 |
| 179 | PIEZA | SONDA NASAL P/OXIGENO K-29 PUNTAS NASAL |
| 180 | PIEZA | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 20/26 |
| 181 | PIEZA | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 28/30 |
| 182 | PIEZA | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 8/18 |
| 183 | PIEZA | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 10 |
| 184 | PIEZA | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 16, 20, 22 |
| 185 | PIEZA | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 14 |
| 186 | PIEZA | SONDA P/ELIMENTACION K-30 |
| 187 | PIEZA | SONDA P/ELIMENTACION K-31 Y K-32 |
| 188 | PIEZA | SONDA P/SECRECION NINO/ NINA/S/V |
| 189 | PIEZA | SUBCLAVICATETER No. 16, 18 |
| 190 | PIEZA | TELA ADHESIVA 2.5 |
| 191 | PIEZA | TELA ADHESIVA 5.0 |
| 192 | PIEZA | TELA ADHESIVA 7.5 |
| 193 | PIEZA | TIRAS REACTIVAS |
| 194 | PIEZA | TUBO PENRROUSSE ½ |
| 195 | PIEZA | VENDA DE HUATA |
| 196 | PIEZA | VENDA ELASTICA 10 CM |
| 197 | PIEZA | VENDA ELASTICA 15CM |
| 198 | PIEZA | VENDA ELASTICA 20CM |
| 199 | PIEZA | VENDA ELASTICA 30CM |
| 200 | PIEZA | VENDA ELASTICA 5CM |
| 201 | PIEZA | VENDA DE YESO 10/2 |
| 202 | PIEZA | VENDA DE YESO 15/2 |
| 203 | PIEZA | VENDA DE YESO 20/2 |
| 204 | PIEZA | VYCRIL 1/0 T-10 |
| GRUPO HEMATOLOGIA | | |
| 205 | ESTUDIO | BIOMETRIA HEMÁTICA |
| 206 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN |



| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|------------------------------------|------------------|---|
| 207 | ESTUDIO | GPO. SANGUINEO Y RH. |
| 208 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA |
| 209 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA |
| QUÍMICA CLÍNICA | | |
| 210 | ESTUDIO | GLUCOSA |
| 211 | ESTUDIO | UREA |
| 212 | ESTUDIO | CREATININA |
| 213 | ESTUDIO | ACIDO URICO |
| 214 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL |
| 215 | ESTUDIO | AMILASA |
| 216 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | |
| 217 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL |
| 218 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA |
| 219 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA |
| 220 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA |
| 221 | ESTUDIO | AST-TGO |
| 222 | ESTUDIO | ALT-TGP |
| 223 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LACTICA |
| 224 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| 225 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA |
| PARASITOLOGÍA | | |
| 226 | ESTUDIO | CPS. SERIADO 3 MUESTRAS |
| BACTERIOLOGÍA | | |
| 227 | ESTUDIO | UROCULTIVO |
| 228 | ESTUDIO | BARR TRES MUESTRAS |
| 229 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL |
| 230 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO |
| INMUNOLOGÍA | | |
| 231 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES |
| 232 | ESTUDIO | VDRL. |
| 233 | ESTUDIO | VIH |
| 234 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS |
| 235 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | |
| 236 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD |
| 237 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD |
| 238 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS |
| PERFIL REUMÁTICO | | |
| 239 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA |
| 240 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE |
| PERFIL TIROIDEO | | |
| 241 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES |
| 242 | ESTUDIO | T3 TIROXINA TOTAL |
| 243 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA TOTAL |
| ENZIMAS CARDIACAS | | |
| 244 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | |
| 245 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | |
| 246 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA |
| 247 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL |
| 248 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K |
| 249 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA |
| PRUEBAS ADICIONALES | | |
| 250 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA |
| 251 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL Y FARINGEO |
| 252 | ESTUDIO | ANTIGENO PRÓSTATICO |
| 253 | ESTUDIO | ALBUMINA |
| 254 | ESTUDIO | ACS. ANTI HELICOBACTER PYLORI SUERO |
| 255 | ESTUDIO | ACS. ANTI HELICOBACTER PYLORI HECES |
| 256 | ESTUDIO | ACS. MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (AgG) |
| 257 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "A" (IgG) |
| 258 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "A" (IgM) |
| 259 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "B" AG DE SUPERFICIE |
| 260 | ESTUDIO | AC ANTI HEPATITIS "C"(ac. Totales) |
| 261 | ESTUDIO | AMIBA EN FRESCO |
| 262 | ESTUDIO | ANTIBIOGRAMA |
| 263 | ESTUDIO | ANTIBIOGRAMA MIC. |
| 264 | ESTUDIO | B.A.A.R. EN EXPECTORACION (1M) |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|-----|------------------|---|
| 265 | ESTUDIO | B.A.A.R. JUGO GASTRICO |
| 266 | ESTUDIO | ALBUMINA |
| 267 | ESTUDIO | ACS. ANTI HELICOBACTER PYLORI SUERO |
| 268 | ESTUDIO | ACS. ANTI HELICOBACTER PYLORI HECES |
| 269 | ESTUDIO | ACS. MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (AgG) |
| 270 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "A" (IgG) |
| 271 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "A" (IgM) |
| 272 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "B" AG DE SUPERFICIE |
| 273 | ESTUDIO | AC ANTI HEPATITIS "C"(ac. Totales) |
| 274 | ESTUDIO | AMIBA EN FRESCO |
| 275 | ESTUDIO | ANTIBIOGRAMA |
| 276 | ESTUDIO | ANTIBIOGRAMA MIC. |
| 277 | ESTUDIO | B.A.A.R. EN EXPECTORACION (1M) |
| 278 | ESTUDIO | B.A.A.R. JUGO GASTRICO |
| 279 | ESTUDIO | BRUCELLA |
| 280 | ESTUDIO | CALCIO SERICO |
| 281 | ESTUDIO | CHLAMYDIA |
| 282 | ESTUDIO | CITOLOGIA DE MOCO FECAL |
| 283 | ESTUDIO | CITOQUIMICO DE L.C.R. |
| 284 | ESTUDIO | CITOQUIMICO DE L.PLEURAL |
| 285 | ESTUDIO | CITOQUIMICO DE L. SINOVIAL |
| 286 | ESTUDIO | COLOR SERICO |
| 287 | ESTUDIO | COL Y DISTINTAS DENCIDADES |
| 288 | ESTUDIO | COMBS INDIRECTO |
| 289 | ESTUDIO | COMBS DIRECTO |
| 290 | ESTUDIO | COPROPARACITOSCOPICO 1 M |
| 291 | ESTUDIO | CORTISOL |
| 292 | ESTUDIO | CPK-MB |
| 293 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LACTICA |
| 294 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SERICOS (Na,K,CL) |
| 295 | ESTUDIO | ENZIMAS CARDIACAS |
| 296 | ESTUDIO | FORMULA BLANCA |
| 297 | ESTUDIO | FORMULA ROJA |
| 298 | ESTUDIO | FOSFATASA ACIDA /FRACCION PROSTATICA |
| 299 | ESTUDIO | FOSFATASA ACIDA TOTAL |
| 300 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA |
| 301 | ESTUDIO | FOSFORO SERICO |
| 302 | ESTUDIO | GAMA GLUTAMIL TRASPEPTIDASA |
| 303 | ESTUDIO | HEMOCULTIVO |
| 304 | ESTUDIO | INVESTIGACION DE PLASMODIUM |
| 305 | ESTUDIO | MAGNESIO SERICO |
| 306 | ESTUDIO | TUPTAKE(CAPTACION) |
| 307 | ESTUDIO | INDICE DE TIROXINA LIBRE T7 |
| 308 | ESTUDIO | PH Y AZUCAREZ REDUCTORES |
| 309 | ESTUDIO | PRENUPCIALES POR PAREJA |
| 310 | ESTUDIO | PROLACTINA SERICA |
| 311 | ESTUDIO | PROGESTERONA SERICA |
| 312 | ESTUDIO | PROTEINAS TOTALES |
| 313 | ESTUDIO | QUIMICA SANGUINEA |
| 314 | ESTUDIO | RECUESTO DE PLAQUETAS |
| 315 | ESTUDIO | SANGRE OCULTA EN HECES |
| 316 | ESTUDIO | CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HRS |
| 317 | ESTUDIO | ESTRADIOL |
| 318 | ESTUDIO | ESTROGENOS TOTALES |
| 319 | ESTUDIO | TESTOSTERONA TOTAL |
| 320 | ESTUDIO | TESTOSTERONA LIBRE |
| 321 | ESTUDIO | PERFIL DE TORCH 1 solo IgM |
| 322 | ESTUDIO | PERFIL DE TORCH 1 solo IgG |
| 323 | ESTUDIO | PERFIL TORCH COMPLETO |
| 324 | ESTUDIO | ROTAVIRUS |
| 325 | ESTUDIO | PERFIL DE LIPIDOS |
| 326 | ESTUDIO | INMUNOGLOBULINA IgE |
| 327 | ESTUDIO | INMUNOGLOBULINA IgM |
| 328 | ESTUDIO | AG.. CARCINOEMBRIONARIO |
| 329 | ESTUDIO | ELECTROFORESIS DE PROTEINAS |
| 330 | ESTUDIO | INR |
| 331 | ESTUDIO | LH |
| 332 | ESTUDIO | FSH |
| 333 | ESTUDIO | MAGNESIO SERICO |
| 334 | ESTUDIO | MYCOPLASMA |



| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|--------------------|------------------|------------------------------|
| 335 | ESTUDIO | UREOPLASMA |
| 336 | ESTUDIO | GOTA GRUESA |
| 337 | ESTUDIO | ESPERMATOBIOSCOPIA DIRECTA |
| 338 | ESTUDIO | RECUESTO DE RETICULOCITOS |
| ULTRASONIDO | | |
| 339 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN SUPERIOR |
| 340 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN INFERIOR |
| RAYOS X | | |
| 341 | ESTUDIO | RX POR DISPARO |
| 342 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA |



ANEXO 5

**SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN,
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA EN SAN MARTÍN
TEXMELUCAN**

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|--------------------------------|------------------|---|
| 1 | SERVICIO | CESAREA |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Ginecólogo, Anestesiólogo, Ayudante, Pediatra e Instrumentista |
| 2 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Ginecólogo y Pediatra |
| 3 | SERVICIO | LUI |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | |
| 4 | PROCEDIMIENTO | CIRUGIA MENOR (POR PUNTO) |
| SERVICIOS HOSPITALARIOS | | |
| 5 | PROCEDIMIENTO | VENOCLISIS |
| 6 | PROCEDIMIENTO | INMOVILIZACION DE FRACTURAS (CON VENDAJE DE YESO) |
| 7 | SERVICIO | CONSULTA EXTERNA DE URGENCIAS |
| 8 | SERVICIO | HOSPITALIZACION |
| 9 | SERVICIO | INCUBADORA |
| 10 | SERVICIO | CUNA |
| 11 | SERVICIO | OBSERVACION DE URGENCIAS |
| 12 | SERVICIO | VISITA DE ESPECIALIDAD |
| 13 | SERVICIO | VISITA HOSPITALARIA |
| 14 | SERVICIO | HORA OXIGENO (.81 POR MINUTO) |
| 15 | SERVICIO | INYECCION IM/IV |
| 16 | SERVICIO | CURACION CHICA |
| 17 | SERVICIO | GLUCEMIA CAPILAR |
| 18 | SERVICIO | OXIMETRIA POR EVENTO |
| 19 | SERVICIO | MONITOR POR HORA |
| 20 | SERVICIO | NEBULIZACIONES C/U |
| MEDICAMENTOS | | |
| 21 | MEDICAMENTO | AMBROXOL TABS. (CAJA) |
| 22 | MEDICAMENTO | SOL. 1000 ML. HARTMAN SOLUCIÓN INYECTABLE (PZA) |
| 23 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO Y GLUCOSA. SOLUCIÓN INYECTABLE ENVASE CON 1000 ML(PZA) |
| 24 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO SOL. INY. AL 0.9% ENVASE 1000 ML (PZA) |
| 25 | MEDICAMENTO | DEXAMETASONA AMP. SOL. INYECTABLE (PZA) |
| 26 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 100 MG./ 2 ML. (PZA) |
| 27 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 500 MG./2 ML (PZA) |
| 28 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 500 MG/2 ML AMP. IV (PZA.) |
| 29 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA GRAG. 10 MG (CAJA) |
| 30 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA SOL. INY. 20 MG (PIEZA) |
| 31 | MEDICAMENTO | MULTIVITAMINAS 5 ML SOL. INY.(PIEZA) |
| 32 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA 4 MG/ML GOTAS FCO. |
| 33 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA SOL.INY. 10 MG/2 ML (PIEZA) |
| 34 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA 10 MG TAB.(CAJA) |
| 35 | MEDICAMENTO | RANITIDINA TAB. 150 MG. (CAJA) |
| 36 | MEDICAMENTO | RANITIDINA JBE. 150 MG/10 ML. (PZA.) |
| 37 | MEDICAMENTO | RANITIDINA AMP. 50 MG (PZA.) |
| 38 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM SOL.INY. 10 MG/2 ML (PZA) |

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|-----|------------------|---|
| 39 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM TBS. 10 MG C/20 (CAJA) |
| 40 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL 40 MG /2 ML SOL.INY.(PZA) |
| 41 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL TAB.25 MG (CAJA) |
| 42 | MEDICAMENTO | IPRATROPIO C/SALBUTAMOL 0.50 MG/2.50 MG/2.5 ML SOL. (PZA) |
| 43 | MEDICAMENTO | METAMIZOL AMP. 1 GR. (PZA) |
| 44 | MEDICAMENTO | AGUA INYECTABLE 10 ML (PZA) |
| 45 | MEDICAMENTO | CEFTRIAJONA 1 GR/10 ML .IV (PZA) |
| 46 | MEDICAMENTO | FOSFATO Y CITRATO DE SODIO SOL. 12 G-10 G/100 ML (PZA) |
| 47 | MEDICAMENTO | LEVOFLOXACINO SOL. INY. AMP. 500 MG(PZA) |
| 48 | MEDICAMENTO | LEVOFLOXACINO TBS. 500 MG(CAJA) |
| 49 | MEDICAMENTO | TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL SOL.INY. 160 MG Y 800 MG (PZA) |
| 50 | MEDICAMENTO | TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL SUSP. 40 MG/200 MG/5 ML (PZA) |
| 51 | MEDICAMENTO | TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL 80 MG Y 400 MG TBS. (CAJA) |
| 52 | MEDICAMENTO | OMEPRAZOL AMP. 40 MG (PZA) |
| 53 | MEDICAMENTO | OXITOCINA AMP. SOL. INY. 5 UI/ML 50 (PZA) |
| 54 | MEDICAMENTO | NIFEDIPINO 10 MG CAPS. (PZA) |
| 55 | MEDICAMENTO | INSULINA ACCIÓN RAPIDA SOL. INY. 100 UI/ML (POR UNIDAD) |
| 56 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA SOL.INY. 20 MG/2 ML (PZA) |
| 57 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA TAB. 40 MG (CAJA) |
| 58 | MEDICAMENTO | LORATADINA JBE. 5 MG /5 ML (PZA) |
| 59 | MEDICAMENTO | LORATADINA TAB. 10 MG (CAJA) |
| 60 | MEDICAMENTO | AMPICILINA SUSP. 250 MG (PZA) |
| 61 | MEDICAMENTO | AMPICILINA TAB. 500 MG (CAJA) |
| 62 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA- ACIDO CLAVULINICO SUSP. 125 MG(PZA) |
| 63 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA - ACIDO CLAVULINICO TAB. 500 (CAJA) |
| 64 | MEDICAMENTO | DICLOFENACO CAPS. 10 MG GRAG. (CAJA) |
| 65 | MEDICAMENTO | DICLOFENACO SOL. INY. 75 MG/3ML (PZA) |
| 66 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA CAPS. 300 MG (CAJA) |
| 67 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA SOL. INY. 300 MG/2 ML (PZA) |
| 68 | MEDICAMENTO | SOL. HARTMAN SOL. INY. DE 500 ML (PZA) |
| 69 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO Y GLUCOSA DE 500 ML (PZA) |
| 70 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO 0.9% SOL. INY. ENVASE 500 ML (PZA) |
| 71 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. AL 10% DE 1000 ML (PZA) |
| 72 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. 50% DE 50 ML (PZA) |
| 73 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. 5% 500 ML (PZA) |
| 74 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. 5% 1000 (PZA) |
| 75 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL SOL. INY. 500 ML (PZA) |
| 76 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL TAB. 500 MG (CAJA) |
| 77 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO SOL. INY. 0.9 % ENVASE 250 ML (PZA) |
| 78 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. 5% DE 500 ML (PZA) |
| 79 | MEDICAMENTO | ATROPINA SOL. INY. 1 MG (PZA) |
| 80 | MEDICAMENTO | CLORFENAMINA COMP. (CAJA) |
| 81 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL SUPOS. 300 MG (CAJA) |
| 82 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL ORAL 100 MG/ML (PZA) |
| 83 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL TAB. 500 MG (CAJA) |
| 84 | MEDICAMENTO | GENTAMICINA SOL.INY. 80 MG (PZA) |
| 85 | MEDICAMENTO | ISOSORBIDE TBS. SUBLINGUAL 5 MG (PZA) |
| 86 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO TAB. C/250 MG (CAJA) |
| 87 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO INY. 200 MG/100 ML (PZA) |
| 88 | MEDICAMENTO | KETOROLACO INY. 30 MG (PZA) |
| 89 | MEDICAMENTO | NAPROXENO TAB. 250 MG (CAJA) |
| 90 | MEDICAMENTO | NAPROXENO SUSP. ORAL 125 MG/5 ML (CAJA) |
| 91 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA CAPS. 500 MG (CAJA) |
| 92 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA INY. 250/5 ML (PZA) |
| 93 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA SUSP 250 MG/5 ML (PZA) |
| 94 | MEDICAMENTO | NIFEDIPINO CAPS. DE GELATINA BLANDA 10 MG (CAJA) |
| 95 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA CAPS. 300 MG (CAJA) |
| 96 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA-ACIDO CLAVULANICO TAB. 500 MG/125 MG (PZA) |
| 97 | MEDICAMENTO | CLARITROMICINA TAB 250 MG (CAJA) |
| 98 | MEDICAMENTO | BUDESONIDA SUSP. PARA NEBULIZAR 0.250 MG AMP (PZA) |
| 99 | MEDICAMENTO | VACUNA TOXOIDE TETANICO (PZA) |
| 100 | MEDICAMENTO | CLONIXINATO DE LISINA SOL. INY. 100 MG/2 ML (PZA) |
| 101 | MEDICAMENTO | TRAMADOL SOL. INY. 100 MG/2 ML (PZA) |
| 102 | MEDICAMENTO | TRAMADOL - PARECETAMOL TAB. 37.5 MG/325.0 MG (CAJA) |
| 103 | MEDICAMENTO | FENITOINA SUSP. ORAL 37.5 MG/5 ML (PZA) |
| 104 | MEDICAMENTO | FENITOINA TAB. 100 MG (CAJA) |
| 105 | MEDICAMENTO | FENITOINA SOL. INY. 250 MG/ 5 ML (PZA) |
| 106 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. AL 5% 250 ML (PZA) |
| 107 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA SOL. INY. 100 MG/2 ML PZA. |
| 108 | MEDICAMENTO | ERITROMICINA SUSP. 250 MG/5 ML (PZA) |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|--------------------------|------------------|--|
| 109 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO SUSP. 125 MG 5 ML. (PZA) |
| 110 | MEDICAMENTO | METILPREDNISOLA SOL. INY. 500 MG/8ML (PZA) |
| 111 | MEDICAMENTO | METILPREDNISOLONA SUSPENSION INYECTABLE 40 MG/ML (PZA) |
| 112 | MEDICAMENTO | ERITROMICINA CAPSULA O TABLETA 500 MG (PZA) |
| 113 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA 800,000 UNIDADES UN FRASCO AMPULA Y 2 ML DE DIL. (PZA) |
| 114 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA 400,000 UNIDADES ENVASE FRASCO AMPULA Y 2 ML DIL. (PZA) |
| 115 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% (PZA) |
| MATERIALES | | |
| 116 | PIEZA | JERINGA 1 ML. (PZA) |
| 117 | PIEZA | AGUJA HIP. 32 MM (PZA) |
| 118 | PIEZA | SONDA NASOGASTRICA K31 (PZA) |
| 119 | PIEZA | JERINGA 20 ML. (PZA) |
| 120 | PIEZA | GASA SIMPLE 10 CM (PZA) |
| 121 | PIEZA | CATETER PARA SUMINISTRO DE OXIGENO CON TUBO DE CONEXIÓN Y CANULA NASAL DE PLASTICO CON DIAMETRO INTERNO DE 2.0 MM LONGITU 180 CM (PZA) SONDA K-29 |
| 122 | PIEZA | JERINGA 10 ML. (PZA) |
| 123 | PIEZA | JERINGA 5 ML. (PZA) |
| 124 | PIEZA | JERINGA 3 ML. (PZA) |
| 125 | PIEZA | VENDA ELASTICA 10 CM. (PZA) |
| 126 | PIEZA | EQUIPO PARA VENOCISIS SIN AGUJA, ESTERILES DESECHABLES NORMOGOTERO (PZA) |
| 127 | PIEZA | EQUIPO PARA VENOCISIS SIN AGUJA, ESTERILES DESECHABLES MICROGOTERO (PZA) |
| 128 | PIEZA | SUTURA CATGUT CROMICO 2/0 CON AGUJA (25-27 MM) |
| 129 | PIEZA | SUTURA CATGUT CROMICO 2/0 CON AGUJA (35-37 MM) |
| 130 | PIEZA | SUTURA CATGUT CROMICO 3/0 CON AGUJA (25-27 MM) |
| 131 | PIEZA | SUTURA SINTETICA DERMALON 2-0 (PZA) |
| 132 | PIEZA | CUBREBOCAS (PZA) |
| 133 | PIEZA | BOTA QUIRURGICA DE TELA NO TEJIDA 100% POLIPROPILENO TIPO SMS 35 G/M2 |
| 134 | PIEZA | ALGODÓN EN LÁMINA PLISADO 300 MG. (PZA) |
| 135 | PIEZA | TIRA REACTIVA PARA DETERMINACION DE GLUCOSA EN SANGRE (PZA) |
| 136 | PIEZA | LANCETA METALICA CALIBRE 30 G (PZA) |
| 137 | PIEZA | PAÑAL ADULTO (PZA) |
| 138 | PIEZA | ALGODÓN 100 GR. (PZA) |
| 139 | PIEZA | CATETER VENOSO CALIBRE 17 Y 18 PUNZOCAT (PZA) |
| 140 | PIEZA | GUANTE DESECHABLE AMBIDIESTRO (PZA) |
| 141 | PIEZA | JERINGA PEDIATRICA 3 ML (PZA) |
| 142 | PIEZA | SABANA DES. (PZA) |
| 143 | PIEZA | ESPEJO VAGINAL (PZA) |
| 144 | PIEZA | ELECTRODOS (PZA) |
| 145 | PIEZA | CANULA RECTAL DESECHABLE CHICA Y MEDIANA (PZA) |
| 146 | PIEZA | CANULA OROTRAQUEAL N.7 (PZA) |
| 147 | PIEZA | SONDA FOLEY 5 ML. (PZA) |
| 148 | PIEZA | SONDA NELATON CALIBRE 16 FR (PZA) |
| 149 | PIEZA | BOLSA PARA RECOLECCIÓN DE ORINA (CISTOFLO) (PZA) |
| 150 | PIEZA | VENDA 30 CM. (PZA) |
| 151 | PIEZA | RASTRILLO (PZA) |
| 152 | PIEZA | MASCARILLA PARA NEBULIZACIÓN (PZA) |
| 153 | PIEZA | APOSITO MEDIDA 20 X 13 CM (PZA) |
| 154 | PIEZA | SUTURA SEDA NEGRA 2-0 (PZA) |
| 155 | PIEZA | VENDA 15 CM. (PZA) |
| 156 | PIEZA | EQUIPO PARA APLICACIÓN DE VOLUMENES MEDIDOS (METRIZET) (PZA) |
| 157 | PIEZA | CINTA TRANSPARENTE (TRANSPORE) (PZA) |
| 158 | PIEZA | TELA ADHESIVA 2.50, 5 0 7.50 CM (PZA) |
| 159 | PIEZA | TELA ADHESIVA 10 M (PZA) 5 CM |
| 160 | PIEZA | TELA ADHESIVA 10 M (PZA) 7.50 CM |
| 161 | PIEZA | CATETER PERIFERICO DE SEGURIDAD, PARA LA INFUSIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS 24 G |
| 162 | PIEZA | APLICADOR CON ALGODÓN DE MADERA (ISOPO) (PZA) |
| 163 | PIEZA | VENDA 5 CM. (PZA) |
| 164 | PIEZA | AGUJA HIPODERMICA CON PABELLON LUER-LOCK HEMBRA DE PLASTICO DESECHABLE, LONGITUD 16 MM CALIBRE 25 G (PZA) |
| 165 | PIEZA | HOJA DE BISTURI 10 (PZA) |
| 166 | PIEZA | HOJA DE BISTURI 11 (PZA) |
| 167 | PIEZA | HOJA DE BISTURI 12 (PZA) |
| 168 | PIEZA | HOJA DE BISTURI 15 (PZA) |
| 169 | PIEZA | HOJA DE BISTURI No 23 (PZA) |
| 170 | PIEZA | CINTA UMBILICAL (PZA) |
| 171 | PIEZA | SONDA DE ASPIRACION 14 FR (PZA) |
| 172 | PIEZA | SONDA DE ASPIRACION 10 FR (PZA) |
| 173 | PIEZA | SONDA DE ASPIRACION 18 FR (PZA) |
| 174 | PIEZA | FRASCO RECOLECTOR DE ORINA (PZA) |
| 175 | PIEZA | AGUA OXIGENADA 2.5 A 3.5% (PZA) |
| GRUPO HEMATOLOGIA | | |



| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|------------------------------------|------------------|----------------------------------|
| 176 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA |
| 177 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA |
| QUÍMICA CLÍNICA | | |
| 178 | ESTUDIO | GLUCOSA |
| 179 | ESTUDIO | UREA |
| 180 | ESTUDIO | CREATININA |
| 181 | ESTUDIO | ACIDO URICO |
| 182 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL |
| 183 | ESTUDIO | AMILASA |
| 184 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | |
| 185 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL |
| 186 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA |
| 187 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA |
| 188 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA |
| 189 | ESTUDIO | AST-TGO |
| 190 | ESTUDIO | ALT-TGP |
| 191 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LACTICA |
| 192 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| 193 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA |
| INMUNOLOGÍA | | |
| 194 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | |
| 195 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA |
| 196 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL |
| 197 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K |
| 198 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA |
| ULTRASONIDO | | |
| 199 | ESTUDIO | ULTRASONIDO POR REGION |
| RAYOS X | | |
| 200 | ESTUDIO | RX POR REGION |
| 201 | ESTUDIO | TORAX AP |
| 202 | ESTUDIO | SIMPLE ABDOMEN "UNA POSICION" |
| 203 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA |

ANEXO 6

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN, LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA EN CIUDAD SERDÁN

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|--------------------------------|------------------|--|
| 1 | SERVICIO | CESÁREA |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Ginecólogo, Anestesiólogo, Ayudante, Pediatra e Instrumentista |
| 2 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Ginecólogo y Pediatra |
| 3 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Ginecólogo, Anestesiólogo y Pediatra |
| 4 | SERVICIO | LUI |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Ginecólogo, Anestesiólogo e Instrumentista |
| | | APENDICECTOMIA |
| 5 | SERVICIO | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | PLASTIA INGUINAL |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| 4 | SERVICIO | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | PLASTIA UMBILICAL |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| 5 | SERVICIO | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | COLECISTECTOMIA |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| 6 | SERVICIO | Oxígeno |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | ABSCESO DEBRIDACIÓN |
| | | ANESTESIA BEDU Y GENERAL |
| | | CIRUGIA MENOR |
| | | COLPOPLASTIA ANTERIOR |
| | | COLPOPLASTIA ANTERIOR Y POST. |
| EMBARAZO ECTÓPICO | | |
| EXERCIS DE FIBROADENOMA | | |
| HEMORROIDECTOMIA | | |
| HISTERECTOMIA | | |
| LAPAROTOMIA | | |
| 7 | PROCEDIMIENTO | |
| 8 | PROCEDIMIENTO | |
| 9 | PROCEDIMIENTO | |
| 10 | PROCEDIMIENTO | |
| 11 | PROCEDIMIENTO | |
| 12 | PROCEDIMIENTO | |
| 13 | PROCEDIMIENTO | |
| 14 | PROCEDIMIENTO | |
| 15 | PROCEDIMIENTO | |
| 16 | PROCEDIMIENTO | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|--------------------------------|---------------|--|
| 17 | PROCEDIMIENTO | MARSUPIALIZACIÓN |
| 18 | PROCEDIMIENTO | PLASTÍA INGUINAL |
| 19 | PROCEDIMIENTO | PLASTÍA UMBILICAL |
| 20 | PROCEDIMIENTO | QUISTE DE OVARIO |
| 21 | PROCEDIMIENTO | RESECCIÓN DE QUISTES SINOVIALES |
| 22 | PROCEDIMIENTO | RESECCIÓN DE TUMORES PARTES BLANDAS |
| 23 | PROCEDIMIENTO | SALPINGOCLASIA |
| 24 | PROCEDIMIENTO | SISTERETROPEXIA PEREGRINA |
| 25 | PROCEDIMIENTO | VENODISECCIÓN |
| SERVICIOS HOSPITALARIOS | | |
| 26 | SERVICIO | APLICACION DE INYECCIONES |
| 27 | SERVICIO | AYUDANTÍA QUIRÚRGICA |
| 28 | SERVICIO | CANALIZACIÓN |
| 29 | SERVICIO | CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD |
| 30 | SERVICIO | CONSULTA/VISITA MEDICA |
| 31 | SERVICIO | DERECHO A ANESTESIA |
| 32 | SERVICIO | DERECHO A SALA |
| 33 | SERVICIO | DERECHO A SALA DE URGENCIAS |
| 34 | SERVICIO | DIETA LIQUIDA |
| 35 | SERVICIO | DIETA NORMAL |
| 36 | SERVICIO | DIETA PACIENTE DIABÉTICO |
| 37 | SERVICIO | ELECTROCARDIOGRAMA CON INTERPRETACIÓN |
| 38 | SERVICIO | ELECTROCAUTERIO POR EVENTO |
| 39 | SERVICIO | ESTANCIA HOSPITALARIA |
| 40 | SERVICIO | ESTANCIA MEDICA POR OBSERVACION 4 HRS |
| 41 | SERVICIO | ESTANCIA PEDIÁTRICA (DÍA CUNA) |
| 42 | SERVICIO | HORA INCUBADORA |
| 43 | SERVICIO | INCUBADORA 12 HORAS |
| 44 | SERVICIO | INCUBADORA 6 HORAS |
| 45 | SERVICIO | INCUBADORA POR DÍA |
| 46 | SERVICIO | INSTRUMENTISTA |
| 47 | SERVICIO | LECTURA NIVEL GLUCOSA CON GLUCOMETRO |
| 48 | SERVICIO | MÁQUINA DE ANESTESIA GENERAL 1 HORA |
| 49 | SERVICIO | MÁQUINA DE ANESTESIA GENERAL FRACCIÓN ADICIONAL |
| 50 | SERVICIO | MONITOR DE SIGNOS VITALES 1 HORA |
| 51 | SERVICIO | MONITOR DE SIGNOS VITALES FRACCIÓN ADICIONAL |
| 52 | SERVICIO | NEBULIZACIÓN X EVENTO |
| 53 | SERVICIO | PAPELERÍA PARA EXPEDIENTE |
| MEDICAMENTOS | | |
| 54 | MEDICAMENTO | ACETATO DE METILPREDNISOLONA 40MG/7ML SOL INY |
| 55 | MEDICAMENTO | ADRENALINA/EPINEFRINA 1MG/1ML SOL INY AMP |
| 56 | MEDICAMENTO | AGUA INYECTABLE 1000 ML |
| 57 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SOL INY 2 ML AMP |
| 58 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 100 MG SOL INY AMP |
| 59 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 500 MG SOL INY AMP |
| 60 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1G SOL INY AMP |
| 61 | MEDICAMENTO | ATROPINA 1 MG SOL INY AMP |
| 62 | MEDICAMENTO | BICARBONATO DE SODIO 7.5% SOL INY 10 ML |
| 63 | MEDICAMENTO | BICARBONATO DE SODIO 7.5% SOL INY 50 ML |
| 64 | MEDICAMENTO | BROMURO BUTILIOSCINA-METAMIZOL 20 MG/2.5 G SOL INY AMP |
| 65 | MEDICAMENTO | BROMURO IPRATROPIO/SALBUTAMOL SOL INY (COMBIVENT) AMP |
| 66 | MEDICAMENTO | BUMETANIDA SOL INY AMP |
| 67 | MEDICAMENTO | BUTILIOSCINA SOL INY AMP |
| 68 | MEDICAMENTO | BUVACAINA/EPINEFRINA 1 ML SOLUCIÓN INYECTABLE |
| 69 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 25 MG TAB |
| 70 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO 200 MG SOL INY AMP |
| 71 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA 600 MG/4ML SOL INY AMP |
| 72 | MEDICAMENTO | CLOROPIRAMINA 20 MG SOL INY AMP(AVAPENA) |
| 73 | MEDICAMENTO | CLORURO DE POTASIO SOL INY 5 ML AMP |
| 74 | MEDICAMENTO | DEXAMETASONA 8 MG SOL INY 2 ML AMP |
| 75 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM 10 MG/2ML SOL INYECTABLE AMPULA |
| 76 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL 40 MG SOL INY AMP |
| 77 | MEDICAMENTO | DIGOXINA 0.5MG/2ML SOL INY AMP |
| 78 | MEDICAMENTO | DINITRATO DE ISOSORBIDA 10 MG TAB |
| 79 | MEDICAMENTO | DINITRATO DE ISOSORBIDA 5 MG TAB |
| 80 | MEDICAMENTO | EFEDRINA 50MG/2ML SOL INY AMP |
| 81 | MEDICAMENTO | ERGOTRATE 0.2MG/1ML SOL INY AMP |
| 82 | MEDICAMENTO | FENITOINA 250 MG SOL INY AMP |
| 83 | MEDICAMENTO | FENTANILO 0.5 MG/10 ML SOL INY AMP |
| 84 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 10 MG/1 ML SOL INY AMP |
| 85 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 2 MG/0.2 ML SOL INY AMP |





Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|-------------------|-------------|--|
| 86 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA 10 MG/2ML SOL INY AMP |
| 87 | MEDICAMENTO | GELAFUNDIN SOL INY 500 ML |
| 88 | MEDICAMENTO | GLUCONATO DE CALCIO 100 MG SOL INY AMP |
| 89 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA 100 MG SOL INY AMP |
| 90 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA 500 MG SOL INY AMP |
| 91 | MEDICAMENTO | IMPENEM/CILASTINA SODICA 500 MG SOL INY AMP |
| 92 | MEDICAMENTO | INSULINA X UNIDAD |
| 93 | MEDICAMENTO | KETOROLACO 30 MG SOL INY AMP |
| 94 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% 1 ML SOL INY |
| 95 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% SOL INY 50 ML |
| 96 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA/EPINEFRINA 1 ML SOL INY |
| 97 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA/EPINEFRINA SOL INY 50 ML |
| 98 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 1G/2ML SOL INY AMP |
| 99 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA 10 MG/2ML SOL INY AMP |
| 100 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL 500 MG SOL INY AMP |
| 101 | MEDICAMENTO | MIDAZOLAM 15MG/2ML SOL INY AMP |
| 102 | MEDICAMENTO | NALBUFINA 10 MG SOL INY AMP |
| 103 | MEDICAMENTO | NIFEDIPINO 10 MG CAP |
| 104 | MEDICAMENTO | OXITOCINA 5 UI 1 ML SOL INY |
| 105 | MEDICAMENTO | PARCHE DE NITROGLICERINA C/1 |
| 106 | MEDICAMENTO | PENICILINA CRISTALINA 1000000 UI SOL INY |
| 107 | MEDICAMENTO | PENICILINA CRISTALINA 5000000 UI SOL INY |
| 108 | MEDICAMENTO | PROPANOLOL 40 MG TAB |
| 109 | MEDICAMENTO | RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY |
| 110 | MEDICAMENTO | SALBUTAMOL 5 MG/10 ML P/NEBULIZAR (VENTOLIN) |
| 111 | MEDICAMENTO | SALBUTAMOL 5MG 1 ML P/NEBULIZAR (VENTOLIN) |
| 112 | MEDICAMENTO | SEVOFLURANO 1 ML |
| 113 | MEDICAMENTO | SOL FISIOLÓGICA 1000 ML |
| 114 | MEDICAMENTO | SOL FISIOLÓGICA 500 ML |
| 115 | MEDICAMENTO | SOL GLUCOSADA 10% 1000 ML |
| 116 | MEDICAMENTO | SOL GLUCOSADA 10% 500 ML |
| 117 | MEDICAMENTO | SOL GLUCOSADA 5% 1000 ML |
| 118 | MEDICAMENTO | SOL GLUCOSADA 5% 500 ML |
| 119 | MEDICAMENTO | SOL GLUCOSADA 50% 50 ML |
| 120 | MEDICAMENTO | SOL HARTMAN 1000 ML |
| 121 | MEDICAMENTO | SOL HARTMAN 500 ML |
| 122 | MEDICAMENTO | SOL MIXTA 1000 ML |
| 123 | MEDICAMENTO | SOL MIXTA 500 ML |
| 124 | MEDICAMENTO | SULFATO DE MAGNESIO 1G/10 ML SOL INY AMP |
| 125 | MEDICAMENTO | TRAMADOL 100 MG/2ML SOL INY AMP |
| 126 | MEDICAMENTO | VITAMINA K 2MG |
| MATERIALES | | |
| 126 | PIEZA | ABATELenguas |
| 127 | PIEZA | AGUJA DE INSULINA 27*3 ML |
| 128 | PIEZA | AGUJA HIP 20*32 MM (AMARILLA) |
| 129 | PIEZA | APÓSITOS |
| 130 | PIEZA | BOLSA RECOLECTORA DE ORINA AD (CISTOFLOD) |
| 131 | PIEZA | BOLSA RPBI |
| 132 | PIEZA | BOTA DESECHABLE QX PAR |
| 133 | PIEZA | CÁNULA / TUBO ENDOTRAQUEAL |
| 134 | PIEZA | CATETER /CÁNULA EPIDURAL |
| 135 | PIEZA | CATÉTER/PUNTA NASAL DE OXIGENO ADULTO |
| 136 | PIEZA | CATÉTER/PUNTA NASAL DE OXIGENO PEDIÁTRICO |
| 137 | PIEZA | COLLARIN BLANDO |
| 138 | PIEZA | CUBREBOCAS DESECHABLES |
| 139 | PIEZA | GASA CON TRAMA PAQUETE CON 10 |
| 140 | PIEZA | GASA SIMPLE 10X10 C/10 |
| 141 | PIEZA | GASA SIMPLE 7.5X5 C/10 |
| 142 | PIEZA | GORRO DESECHABLE QX |
| 143 | PIEZA | GUANTE QX CIRUJANO |
| 144 | PIEZA | GUANTE TACTO |
| 145 | PIEZA | HOJA DE BISTURI |
| 146 | PIEZA | JERINGA 20 ML SA |
| 147 | PIEZA | JERINGA HIP 1 ML INSULINA |
| 148 | PIEZA | JERINGA HIP 10 ML |
| 149 | PIEZA | JERINGA HIP 3 ML |
| 150 | PIEZA | JERINGA HIP 5 ML |
| 151 | PIEZA | LANCETA |
| 152 | PIEZA | MASCARILLA OXIGENO ADULTO |
| 153 | PIEZA | MASCARILLA DE OXIGENO PEDIÁTRICA |
| 154 | PIEZA | MASCARILLA NEBULIZACIÓN AD |



SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|------------------------------------|---------|---|
| 155 | PIEZA | MASCARILLA NEBULIZACIÓN PEDIÁTRICA |
| 156 | PIEZA | METRIZET 150 ML |
| 157 | PIEZA | MICROGOTERO |
| 158 | PIEZA | NORMOGOTERO |
| 159 | PIEZA | OXIGENO MEDICINAL X HORA |
| 160 | PIEZA | PUNZOCATH |
| 161 | PIEZA | SONDA DE ASPIRACIÓN |
| 162 | PIEZA | SONDA FOLEY 2V |
| 163 | PIEZA | SONDA FOLEY 3V |
| 164 | PIEZA | SONDA NEOLATÓN |
| 165 | PIEZA | SPINOCAN NÚMERO 26 |
| 166 | PIEZA | SPINOCAN NÚMERO 27 |
| 167 | PIEZA | SUTURA |
| 168 | PIEZA | SUTURA AC POLIGLICOLICO/MICRIL |
| 169 | PIEZA | SUTURA CROMICO |
| 170 | PIEZA | SUTURA NYLON |
| 171 | PIEZA | TIRA REACTIVA (DEXTOSTIX) |
| 172 | PIEZA | TUBO PENROSE |
| 173 | PIEZA | VENDA ELÁSTICA 10 CM |
| 174 | PIEZA | VENDA ELÁSTICA 30 CM |
| 175 | PIEZA | VENDA HUATA 10 CM |
| 176 | PIEZA | VENDA HUATA 15 CM |
| 177 | PIEZA | VENDA YESO 10 CM |
| 178 | PIEZA | VENDA YESO 15 CM |
| GRUPO HEMATOLOGIA | | |
| 179 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA |
| 180 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN |
| 181 | ESTUDIO | GPO. SANGUINEO Y RH. |
| 182 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA |
| 183 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA |
| QUIMICA CLINICA | | |
| 184 | ESTUDIO | GLUCOSA |
| 185 | ESTUDIO | UREA |
| 186 | ESTUDIO | CREATININA |
| 187 | ESTUDIO | ACIDO URICO |
| 188 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL |
| 189 | ESTUDIO | AMILASA |
| 190 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | |
| 191 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL |
| 192 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA |
| 193 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA |
| 194 | ESTUDIO | TRANSAMINASAS 60 Y 6P |
| 195 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA |
| 196 | ESTUDIO | AST-TGO |
| 197 | ESTUDIO | ALT-TGP |
| 198 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| 199 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA |
| PARASITOLOGIA | | |
| 200 | ESTUDIO | CPS. SERIADO 3 MUESTRAS |
| BACTERIOLOGIA | | |
| 201 | ESTUDIO | UROCULTIVO |
| 202 | ESTUDIO | BARR TRES MUESTRAS |
| 203 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL |
| 204 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO |
| INMUNOLOGIA | | |
| 205 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES |
| 206 | ESTUDIO | VDRL. |
| 207 | ESTUDIO | VIH |
| 208 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS |
| 209 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO |
| ULTRASONIDO | | |
| 210 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR |
| 211 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PELVICO |
| 212 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PELVICO ENDOVAGINAL |
| 213 | ESTUDIO | ULTRASONIDO OBSTETRICO |
| 214 | ESTUDIO | ULTRASONIDO HIGADO Y VIAS BILIARES |
| 215 | ESTUDIO | ULTRASONIDO MAMARIO |
| 216 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESPLENICO |
| RAYOS X | | |
| 217 | ESTUDIO | ABDOMEN SIMPLE |

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|-----|---------|---|
| 218 | ESTUDIO | ANTEBRAZO ADULTO |
| 219 | ESTUDIO | ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES |
| 220 | ESTUDIO | TORAX PA |
| 221 | ESTUDIO | CEFALOPELVIMETRIA |
| 222 | ESTUDIO | CLAVÍCULA |
| 223 | ESTUDIO | CODO |
| 224 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL DORSAL |
| 225 | ESTUDIO | COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL |
| 226 | ESTUDIO | COLUMNA VERTEBRAL ESTUDIO DINAMICO |
| 227 | ESTUDIO | CONDUCTOS AUDITIVOS |
| 228 | ESTUDIO | COSTILLAS O ESTERNÓN (TÓRAX ÓSEO) |
| 229 | ESTUDIO | CRÁNEO |
| 230 | ESTUDIO | CUELLO AP Y LAT PARTES BLANDAS |
| 231 | ESTUDIO | FÉMUR A.P. |
| 232 | ESTUDIO | FÉMUR A.P. V.L. |
| 233 | ESTUDIO | FÉMUR COMPARATIVO |
| 234 | ESTUDIO | HOMBRO |
| 235 | ESTUDIO | HOMBROS COMPARATIVOS |
| 236 | ESTUDIO | HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ PERFILOGRAMA |
| 237 | ESTUDIO | HÚMERO |
| 238 | ESTUDIO | HÚMEROS COMPARATIVOS |
| 239 | ESTUDIO | LARINGE |
| 240 | ESTUDIO | LATERAL DE CUELLO |
| 241 | ESTUDIO | MACISO FACIAL |
| 242 | ESTUDIO | MANO |
| 243 | ESTUDIO | MANOS COMPARATIVAS |
| 244 | ESTUDIO | MATOIDES CONVENCIONAL |
| 245 | ESTUDIO | MUÑECA ESCAFOIDES Y CARPO |
| 246 | ESTUDIO | OMÓPLATO |
| 247 | ESTUDIO | OMÓPLATO COMPARATIVO |
| 248 | ESTUDIO | ÓRBITAS POR PLACA |
| 249 | ESTUDIO | PELVIS A.P. |
| 250 | ESTUDIO | PIE |
| 251 | ESTUDIO | PIERNA |
| 252 | ESTUDIO | RODILLA |
| 253 | ESTUDIO | RODILLA COMPARATIVA |
| 254 | ESTUDIO | RÓTULA |
| 255 | ESTUDIO | SENOS PARANASALES |
| 256 | ESTUDIO | TOBILLO |
| 257 | ESTUDIO | TOBILLO COMPARATIVO |

ANEXO 7

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS Y CONSULTAS DE URGENCIAS, EN ATlixco

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN |
|------------|-------------------------|--|
| 1 | PROCEDIMIENTO | CESAREA |
| 2 | PROCEDIMIENTO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) |
| 3 | PROCEDIMIENTO | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) |
| 4 | PROCEDIMIENTO | LUI |
| 5 | PROCEDIMIENTO | PLASTIAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) |
| 6 | PROCEDIMIENTO | PLASTIAS COMPLICADAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) |
| 7 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA |
| 8 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA COMPLICADA |
| 9 | PROCEDIMIENTO | COLECISTECTOMIA |
| 10 | PROCEDIMIENTO | HISTERECTOMIA |
| 11 | PROCEDIMIENTO | LAPE (LAPAROTOMIA EXPLORADORA) |
| 12 | SERVICIO | CONSULTA |
| 13 | SERVICIO | CONSULTA DE ESPECIALIDAD |
| 14 | SERVICIO | VISITA DE ESPECIALISTA (HOSPITALIZACIÓN) |
| 15 | SERVICIO | DIA CAMA (HOSPITALIZACION) |
| 16 | SERVICIO | SUTURA MATERIAL Y HONORARIOS MÉDICOS (POR PUNTO) |
| 17 | SERVICIO | CURACION (MATERIAL Y HONORARIOS) |
| 18 | SERVICIO | CURACION DE HERIDA COMPLICADA (MATERIAL Y HONORARIOS) |
| 19 | SERVICIO | COLOCACION DE FERULA DE YESO SIN MATERIAL |
| 20 | SERVICIO | HONORARIOS POR AMPUTACIONES MENORES |
| 21 | SERVICIO | VISITA DE HOSPITALIZACION (DOS AL DIA) |
| 22 | SERVICIO | HONORARIOS COLOCACION DE PLEUROSTOMIA, CATETER CENTRAL |
| 23 | SERVICIO | COLOCACION DE SONDA FOLEY Y NASOGASTRICA |
| 24 | SERVICIO | HONORARIOS MÉDICOS DE TRASLADO |
| 25 | SERVICIO | ELECTROCAUTERIO POR PROCEDIMIENTO |
| 26 | SERVICIO | DIA INCUBADORA |
| 27 | SERVICIO | MONITOR CONTINUO A 24 HORAS |
| 28 | SERVICIO | NEBULIZACION 1 SESION (3MNB CON OXIGENO, MATERIAL SIN MEDICAMENTOS) |
| 29 | SERVICIO | MONITO EN QUIRÓFANO (POR EVENTO) |
| 30 | SERVICIO | MONITOR DE URGENCIAS POR HORA |
| 31 | SERVICIO | OXÍGENO POR HORA (3LT/MIN) |

ANEXO 8

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN, LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA EN TEHUACÁN

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | PROCEDIMIENTOS |
|-----|------------------|--|
| | | URGENCIAS |
| 1 | SERVICIO | CONSULTA POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS |
| 2 | SERVICIO | CONSULTA POR ESPECIALISTA |
| 3 | SERVICIO | CONSULTA (PASTILLERO Y APLICACIÓN) |
| 4 | SERVICIO | OBSERVACION URGENCIAS HASTA 6 HORAS (MEDICAMENTO E INSUMOS) |
| 5 | SERVICIO | SUTURAS MENORES (MEDICAMENTO E INSUMOS) |
| 6 | SERVICIO | CIRUGIA MENOR (MEDICAMENTO E INSUMOS) |
| 7 | SERVICIO | INHALOTERAPIA POR SESION (MEDICAMENTO) |
| 8 | SERVICIO | CURACION MENOR (CON INSUMOS Y MATERIAL DE CURACION) |
| 9 | SERVICIO | CURACION MAYOR (CON INSUMOS Y MATERIAL DE CURACION) |
| | | COSTO DE HABITACIONES |
| 10 | SERVICIO | ADULTO (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) |
| 11 | SERVICIO | PEDIATRICA (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) |
| | | LUI |
| 12 | PROCEDIMIENTO | DIAS CAMA (HASTA 2 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) DERECHO DE QUIROFANO (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) MATERIAL DESECHABLE OXIGENO PAQUETE DE LUI CON HONORARIOS MEDICOS (GINECOLOGO, ANESTESIOLOGO E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE LUI SIN HONORARIOS MEDICOS. |
| | | PARTO FISIOLÓGICO SIN ANALGESIA |
| 13 | PROCEDIMIENTO | DIAS CAMA (HASTA 2 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) CUNEROS E INCUBADORA (MAS TODOS LOS INSUMOS MAXIMO 2 DIAS) MATERIAL DESECHABLE OXIGENO PAQUETE DE PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) CON (GINECOLOGO Y PEDIATRA) PAQUETE DE PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) SIN HONORARIOS MEDICOS |
| | | PARTO FISIOLÓGICO CON ANALGESIA |
| 14 | PROCEDIMIENTO | DIAS DE CAMA (HASTA 2 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) DERECHO DE SALA (MAS INSUMOS) CUNEROS E INCUBADORA (MAS TODOS LOS INSUMOS) MAXIMO 2 DIAS MATERIAL DESECHABLE OXIGENO PAQUETE DE PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) CON HONORARIOS MEDICOS (GINECOLOGO, ANESTESIOLOGO Y PEDIATRA) PAQUETE DE PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) SIN HONORARIOS MEDICOS. |
| | | CESAREA |
| 15 | PROCEDIMIENTO | DIAS CAMA (HASTA 2 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) DERECHO DE QUIROFANO (MAS TODOS LOS INSUMOS) CUNEROS E INCUBADORA (MAS TODOS LOS INSUMOS) MAXIMO 2 DIAS MATERIAL DESECHABLE OXIGENO PAQUETE DE CESAREA CON HONORARIOS MEDICOS (GINECOLOGO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE, PEDIATRA E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE CESAREA SIN HONORARIOS MEDICOS |
| | | PLASTIA (UMBILICAL, FEMORAL, INGUINAL, POST - INCISIONAL) |
| 16 | PROCEDIMIENTO | DIAS CAMA (HASTA 2 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) MATERIAL DESECHABLE OXIGENO MALLA (EN CASO DE REQUERIRLA) PAQUETE DE PLASTIA CON HONORARIOS MEDICOS: CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE PLASTIA SIN HONORARIOS MEDICOS. |
| | | PLASTIAS COMPLICADAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) |
| 17 | PROCEDIMIENTO | DIAS DE CAMA (HASTA 4 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) MATERIALES DESECHABLES |

| | | |
|----|---------------|---|
| | | OXIGENO MALLA (EN CASO DE REQUERIRLA) PAQUETE DE PLASTIA COMPLICADA CON HONORARIOS MEDICOS: (CIRUJANO,ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE PLASTIA COMPLICADA SIN HONORARIOS MEDICOS. |
| 18 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA DIAS DE CAMA (HASTA 3 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) MATERIALES DESECHABLES OXIGENO PAQUETE DE APENDICECTOMIA CON HONORARIOS MEDICOS: (CIRUJANO,ANESTESIOLOGO,AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE APENDICECTOMIA SIN HONORARIOS MEDICOS |
| 19 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA COMPLICADA DIAS CAMA (HASTA 5 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) MATERIALES DESECHABLES OXIGENO PAQUETE DE APENDICEPTOMIA COMPLICADA CON HONORARIOS MEDICOS: (CIRUJANO,ANESTESIOLOGO,YUDANTE E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE APENDICEPTOMIA COMPLICADA SIN HONORARIOS MEDICOS. |
| 20 | PROCEDIMIENTO | COLECISTECTOMIA DIAS DE CAMA (HASTA 3 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) MATERIALES DESECHABLES OXIGENO PAQUETE DE COLECISTECTOMIA CON HONORARIOS MEDICOS: (CIRUJANO,ANESTESIOLOGO,AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE COLECISTECTOMIA SIN HONORARIOS MEDICOS. |
| 21 | PROCEDIMIENTO | LAPE (LAPAROTOMIA EXPLORADORA) DIAS DE CAMA (HASTA 3 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) DERECHO DE SALA(MAS TODOS LOS INSUMOS) MATERIALES DESECHABLES OXIGENO PAQUETE DE LAPE CON HONORARIOS MEDICOS: (CIRUJANO,ANESTESIOLOGO,AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE LAPE SIN HONORARIOS MEDICOS. |
| 22 | PROCEDIMIENTO | HISTERECTOMIA DIAS DE CAMA (HASTA 3 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) MATERIALES DESECHABLES OXIGENO PAQUETE DE HISTERECTOMIA CON HONORARIOS MEDICOS (GINECOLOGO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE HISTERECTOMIA SIN HONORARIOS MEDICOS |
| 23 | PROCEDIMIENTO | CIRUGIAS MAYORES PAQUETE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE CARA Y ROSTRO CON HONORARIOS MEDICOS: (CIRUJANO,ANESTESIOLOGO,YUDANTE E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE CIRUGIA PARA LUXACION DE HOMBRO INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS: (TRAUMATOLOGO, ANESTESIOLOGO, YUDANTE E INSTRUMENTISTA) OTB INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS (CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE VASECTOMIA INCLUIDO (CIRUJANO,ANESTESIOLOGO,AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE CIRCUNCISION INCLUIDO (CIRUJANO,ANESTESIOLOGO,AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) PAQUETE DE FRACTURA DE TOBILLO CON HONORARIOS MEDICOS: (TRAUMATOLOGO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) |

| | | |
|--|---------|--|
| | | PAQUETE DE FRACTURA DE MUÑECA CON HONORARIOS MEDICOS: (TRAUMATOLOGO, ANESTESIOLOGO, YUDANTE E INSTRUMENTISTA) |
| | | ASEO QUIRURGICO EN EXTREMIDADES INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS (CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, YUDANTE E INSTRUMENTISTA) |
| LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS | | |
| 24 | ESTUDIO | ACIDO URICO |
| 25 | ESTUDIO | AMILASA |
| 26 | ESTUDIO | AST-TGO |
| 27 | ESTUDIO | ALT-TGP |
| 28 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA |
| 29 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA |
| 30 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL |
| 31 | ESTUDIO | CITOMETRIA HEMATICA |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL |
| 33 | ESTUDIO | CUANTIFICACION DE HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA |
| 34 | ESTUDIO | CREATININA |
| 35 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA |
| 36 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA TOTAL |
| 37 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA FRACCION OSEA |
| 38 | ESTUDIO | GLUCOSA |
| 39 | ESTUDIO | GRUPO SANGUINEO Y RH |
| 40 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| 41 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES |
| 42 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA |
| 43 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA |
| 44 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS |
| 45 | ESTUDIO | UREA |
| 46 | ESTUDIO | VDRL EN SUERO |
| 47 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACION |
| RAYOS X | | |
| 48 | ESTUDIO | PLACA RX URGENCIAS |
| 49 | ESTUDIO | AGUJEROS OPTICOS |
| 50 | ESTUDIO | ANTEBRAZO AP |
| 51 | ESTUDIO | ANTEBRAZO LAT |
| 52 | ESTUDIO | BRAZO AP |
| 53 | ESTUDIO | BRAZO LAT |
| 54 | ESTUDIO | CEFALOPELVIMETRIA |
| 55 | ESTUDIO | CODO AP |
| 56 | ESTUDIO | CODO LAT |
| 57 | ESTUDIO | COL CERVICAL AP |
| 58 | ESTUDIO | COL CERVICAL LAT |
| 59 | ESTUDIO | COL LUMBAR AP |
| 60 | ESTUDIO | COL LUMBAR LAT |
| 61 | ESTUDIO | COL TORACICA AP |
| 62 | ESTUDIO | COL TORACICA LAT |
| 63 | ESTUDIO | CRANEO AP |
| 64 | ESTUDIO | CRANEO LAT |
| 65 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS AP |
| 66 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS LAT |
| 67 | ESTUDIO | DENTAL |
| 68 | ESTUDIO | DENTAL PERIAPICAL |
| 69 | ESTUDIO | HOMBRO AP |
| 70 | ESTUDIO | MANO AP |
| 71 | ESTUDIO | MANO LAT |
| 72 | ESTUDIO | MUÑECA AP |
| 73 | ESTUDIO | MUÑECA LAT |
| 74 | ESTUDIO | MUSLO AP |
| 75 | ESTUDIO | MUSLO LAT |
| 76 | ESTUDIO | PELVIS LAT |
| 77 | ESTUDIO | PELVIS AP |
| 78 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR AP |
| 79 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR LAT |
| 80 | ESTUDIO | PIERNA AP |

| | | |
|-----|---------|-------------------------------|
| 81 | ESTUDIO | PIERNA LAT |
| 82 | ESTUDIO | PROYECCIONES AXIALES POR LADO |
| 83 | ESTUDIO | RADIOMETRIA MIEMBROS PELVICOS |
| 84 | ESTUDIO | RODILLA AP |
| 85 | ESTUDIO | RODILLA LAT |
| 86 | ESTUDIO | SENOS PARANASALES |
| 87 | ESTUDIO | SIMPLE ABDOMEN (UNA POSICION) |
| 88 | ESTUDIO | TOBILLO AP |
| 89 | ESTUDIO | TOBILLO LAT |
| 90 | ESTUDIO | TORAX AP |
| 91 | ESTUDIO | TORAX LAT |
| 92 | ESTUDIO | TORAX OSEO |
| 93 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA |
| 94 | ESTUDIO | TORAX PA |
| | | ESTUDIOS CONTRASTADOS |
| 95 | ESTUDIO | SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL |
| 96 | ESTUDIO | UROGRAFIA EXCRETORA |
| | | ULTRASONIDOS |
| 97 | ESTUDIO | ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR |
| 98 | ESTUDIO | ABDOMEN Y PELVIS |
| 99 | ESTUDIO | ESCROTAL |
| 100 | ESTUDIO | ESPLENICO |
| 101 | ESTUDIO | HIGADO Y VIAS BILIARES |
| 102 | ESTUDIO | MAMARIO |
| 103 | ESTUDIO | OBSTETRICO |
| 104 | ESTUDIO | PARTES BLANDAS |
| 105 | ESTUDIO | PELVICO |
| 106 | ESTUDIO | PELVICO ENDOVAGINAL |
| 107 | ESTUDIO | POR REGION |
| 108 | ESTUDIO | RENAL Y VESICAL |
| 109 | ESTUDIO | TESTICULAR |
| 110 | ESTUDIO | PROSTATICO |
| 111 | ESTUDIO | ENDOVAGINAL |

ANEXO 9

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS Y CONSULTAS DE URGENCIAS, EN HUAUCHINANGO

| NO. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|-----|------------------|---|
| 1 | SERVICIO | ESTANCIA EN SALA GENERAL DE ADULTOS |
| 2 | SERVICIO | OBSERVACION EN URGENCIAS 0- 24 HRS. |
| 3 | SERVICIO | ELECTROCARDIOGRAMA |
| 4 | SERVICIO | OXIGENO POR HORA |
| 5 | SERVICIO | SESION DE NEBULIZACION |
| 6 | SERVICIO | HONORARIOS MEDICOS DE UNO A TRES DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POR PACIENTE |
| 7 | SERVICIO | SUTURAS DE HERIDAS |
| 8 | SERVICIO | CESAREA |
| 9 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) |
| 10 | SERVICIO | LUI |
| 11 | MEDICAMENTO | AMBROXOL CAJA TABLETAS |
| 12 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SOL. FRASCO SOLUCIÓN |
| 13 | MEDICAMENTO | AMBROXOL .INY 20MG AMPULA INDIVIDUAL |
| 14 | MEDICAMENTO | AMBROXOL/SALBUTAMOL FRASCO SOLUCIÓN |
| 15 | MEDICAMENTO | AMIKACINA INY. 500 AMPULA INDIVIDUAL |
| 16 | MEDICAMENTO | AMIKACINA INY.100 AMPULA INDIVIDUAL |
| 17 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA FRASCO SUSPENSIÓN |
| 18 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1GR AMPULA INDIVIDUAL |
| 19 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1GR CAJA TABLETAS |
| 20 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 250MG FRASCO SUSPENSIÓN |
| 21 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 500MG AMPULA INDIVIDUAL |
| 22 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 500MG CAJA TABLETAS |
| 23 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 500MG FRASCO SUSPENSIÓN |
| 24 | MEDICAMENTO | ASA 500 MG CAJA TABLETAS |
| 25 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA AMPULA INDIVIDUAL |
| 26 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA CAJA TABLETAS |
| 27 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL CAJA TABLETAS |
| 28 | MEDICAMENTO | CLONICINATO DE LISINA AMPULA INDIVIDUAL |
| 29 | MEDICAMENTO | CLORANFENICOL FRASCO GOTAS OFTALMICAS |
| 30 | MEDICAMENTO | CLORHIDRATO DE DIFENIDOL AMPULA INDIVIDUAL |
| 31 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO/GLUCOSADA DE 100ML F. SOLUCION |
| 32 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO/GLUCOSADA DE 500ML F. SOLUCION |
| 33 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL AMPULA INDIVIDUAL |
| 34 | MEDICAMENTO | FISIOLOGICA DE 1000ML FRASCO SOLUCION |
| 35 | MEDICAMENTO | FISIOLOGICA DE 500ML FRASCO SOLUCION |
| 36 | MEDICAMENTO | FURAZOLIDONA/CAOLIN/PECTINA SUSPENSIÓN |
| 37 | MEDICAMENTO | GENTAMICINA 40MG AMPULA INDIVIDUAL |
| 38 | MEDICAMENTO | GENTAMICINA 80 MGS. AMPULA IND. |
| 39 | MEDICAMENTO | GLUCOSADA AL 10% 1000ML FRASCO SOLUCION |
| 40 | MEDICAMENTO | GLUCOSADA AL 10% 500ML FRASCO SOLUCION |
| 41 | MEDICAMENTO | GLUCOSADA AL 5% 1000ML FRASCO SOLUCION |
| 42 | MEDICAMENTO | HARTMAN 1000ML FRASCO SOLUCION |
| 43 | MEDICAMENTO | HARTMAN SOL.500ML FRASCO SOLUCION |
| 44 | MEDICAMENTO | HIDROCORTIZONA 100 MG AMPULA INDIVIDUAL |
| 45 | MEDICAMENTO | HIDROCORTIZONA 500 MG AMPULA INDIVIDUAL |
| 46 | MEDICAMENTO | IBUPROFENO TABLETAS |
| 47 | MEDICAMENTO | K.C.L AMPULA INDIVIDUAL |
| 48 | MEDICAMENTO | KETOROLACO AMPULA INDIVIDUAL |
| 49 | MEDICAMENTO | KETOROLACO CAJA TABLETAS |
| 50 | MEDICAMENTO | LORATADINA SUSPENSIÓN |
| 51 | MEDICAMENTO | LORATADINA TABLETAS |
| 52 | MEDICAMENTO | METAMIZOL JARABE |

| | | |
|----|-------------|--|
| 53 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA 10MG AMPULA INDIVIDUAL |
| 54 | MEDICAMENTO | NITROGLICERINA PARCHES |
| 55 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL CAJA TABLETAS |
| 56 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL GOTAS |
| 57 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL SUPOSITORIOS |
| 58 | MEDICAMENTO | PENICILINA G.SODICA CRISTALINA 400 MIL U.I AMPULA INDIVIDUAL |
| 59 | MEDICAMENTO | PENICILINA G.SODICA CRISTALINA 800 MIL U.I AMPULA INDIVIDUAL |
| 60 | MEDICAMENTO | RANITIDINA AMPULA INDIVIDUAL |
| 61 | MEDICAMENTO | RANITIDINA CAJA TABLETAS |
| 62 | MEDICAMENTO | TRIME-SULFA CAJA TABLETAS |
| 63 | MEDICAMENTO | TRIME-SULFA FRASCO SUSPENSIÓN |
| 64 | MATERIAL | AGUJAS (INSULINA, NEGRA, VERDE) |
| 65 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO |
| 66 | MATERIAL | EQUIPO METRISSET, BURETROL O FLEBUTEC (EQ) |
| 67 | MATERIAL | EQUIPO PARA NEBULIZACION |
| 68 | MATERIAL | GASA 10 X 10 PAQUETE |
| 69 | MATERIAL | GUANTE DESECHABLE PZA |
| 70 | MATERIAL | JERINGA DE 1 ML (PZA) |
| 71 | MATERIAL | JERINGA DE 5 ML (PZA) |
| 72 | MATERIAL | PUNZOCAT 14,17,18,19,20,22, Y 24 (PZA) |
| 73 | MATERIAL | SONDA FOLEY 12 AL 22 (PZA) |
| 74 | MATERIAL | TUBO CONECTOR P/OXIGENO |
| 75 | MATERIAL | VENDA ELASTICA 10 CM (PZA) |
| 76 | MATERIAL | VENDA ELASTICA 15 CM |
| 77 | MATERIAL | VENDA ENYESADA 10/2 (PZA) |
| 78 | MATERIAL | VENDA ENYESADA 15/2 (PZA) |
| 79 | MATERIAL | VENDA HUATA 10 CM (PZA) |
| 80 | MATERIAL | VENDA HUATA 15 CM (PZA) |
| 81 | MATERIAL | VENOSET EQUIPO C/AGUJA (PZA) |

ANEXO 10

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN, LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA, EN TEZIUTLÁN

| NO. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|-----|------------------|---|
| 1 | SERVICIO | PAQUETE CESÁREA CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| 2 | SERVICIO | Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo, Anestesiólogo, Ayudante, Pediatra e Instrumentista) |
| | | PAQUETE CESÁREA SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| 3 | SERVICIO | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo y Pediatra) |
| | | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| 4 | SERVICIO | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo, Anestesiólogo y Pediatra) |
| | | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| 5 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| 6 | SERVICIO | Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo, Anestesiólogo y Pediatra) |
| | | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | LUI CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| 7 | SERVICIO | Oxígeno |
| | | Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo, Anestesiólogo e Instrumentista) |
| | | LUI SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | PLASTIAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 2 días) |
| | | Derecho de sala (mas todos los insumos) |
| 8 | SERVICIO | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) |
| | | PLASTIAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | PLASTIAS COMPLICADA (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 4 días) |
| 9 | SERVICIO | Derecho de sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Malla (en caso de requerirla) |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) |
| | | PLASTIAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| 10 | SERVICIO | PLASTIAS COMPLICADA (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) |
| 11 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) |
| 12 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | APENDICECTOMÍA COMPLICADA CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 5 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| 13 | SERVICIO | Honorarios Médicos: Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | APENDICECTOMÍA COMPLICADA SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| 14 | SERVICIO | Con Honorarios Médicos: Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | APENDICECTOMÍA COMPLICADA SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| 15 | SERVICIO | Honorarios Médicos: Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | APENDICECTOMÍA COMPLICADA SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| 16 | SERVICIO | Con Honorarios Médicos: Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista |
| | | APENDICECTOMÍA COMPLICADA SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |

| | | |
|----|---------------|--|
| | | COLECISTECTOMÍA CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) |
| 17 | SERVICIO | |
| 18 | SERVICIO | COLECISTECTOMÍA SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | HISTERECTOMÍA CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) |
| 19 | SERVICIO | |
| 20 | SERVICIO | HISTERECTOMÍA SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| | | LAPE (LAPAROTOMÍA EXPLORADORA) CON HONORARIOS MÉDICOS |
| | | Días cama (hasta 3 días) |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) |
| | | Materiales Desechables |
| | | Oxígeno |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) |
| 21 | SERVICIO | |
| 22 | SERVICIO | LAPE (LAPAROTOMÍA EXPLORADORA) SIN HONORARIOS MÉDICOS |
| 23 | SERVICIO | DERECHO DE QUIROFANO |
| 24 | SERVICIO | DERECHO DE SALA DE EXPULSION |
| 25 | SERVICIO | DERECHO SALA DE CHOQUE |
| 26 | SERVICIO | DEFIBRILADOR POR SESION |
| 27 | SERVICIO | ELECTROCARDIOGRAMA |
| 28 | SERVICIO | ESTANCIA EN CAMA DE PEDIATRIA |
| 29 | SERVICIO | ESTANCIA EN CUNERO |
| 30 | SERVICIO | ESTANCIA EN SALA GENERAL ADULTOS |
| 31 | SERVICIO | INCUBADORA POR DIA |
| 32 | SERVICIO | INCUBADORA POR HORA |
| 33 | SERVICIO | MONITOR / HR |
| 34 | SERVICIO | OBSERVACION EN URGENCIAS |
| 35 | SERVICIO | OXIGENO POR HORA |
| 36 | SERVICIO | ATENCION NEONATAL POR MEDICO GENERAL |
| 37 | SERVICIO | AYUDANTIA QUIRURGICA |
| 38 | SERVICIO | CONSULTA DE MEDICINA GENERAL |
| 39 | SERVICIO | CONSULTA DE ESPECIALIDAD |
| 40 | SERVICIO | CONSULTA DE ESPECIALIDAD NOCTURNO, SAB/DOM, DIAS FESTIVOS. |
| 41 | SERVICIO | HONORARIOS DE ENFERMERIA EN TRASLADO DE PACIENTES TEZIUTLAN - PUEBLA |
| 42 | SERVICIO | HONORARIOS DE MEDICO EN TRASLADO DE PACIENTES TEZIUTLAN - PUEBLA |
| 43 | SERVICIO | INSTRUMENTISTA |
| 44 | PROCEDIMIENTO | SUTURAS DE HERIDA |
| 45 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA COMPLICADA |
| 46 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA SIMPLE |
| 47 | PROCEDIMIENTO | CISTOSTOMIA |
| 48 | PROCEDIMIENTO | COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL |
| 49 | PROCEDIMIENTO | COLOCACION DE CATETER SUBCLAVIO |
| 50 | PROCEDIMIENTO | COLOCACION DE SONDA PLEURAL |
| 51 | PROCEDIMIENTO | COLOSTOMIA |
| 52 | PROCEDIMIENTO | DRENAJE DE ABSCESO ANAL, ISQUIORECTAL |
| 53 | PROCEDIMIENTO | EXTIRPACION QUISTES, DRENAGES, EXSICION TEJIDOS BLANDOS, BIOPSIAS. |
| 54 | PROCEDIMIENTO | HEMORROIDECTOMIA, FISTULECTOMIA, FISURECTOMIA |
| 55 | PROCEDIMIENTO | LAPAROTOMIA EXPLORADORA (INCLUYE 2 O MAS PROCEDIMIENTOS) |
| 56 | PROCEDIMIENTO | PLASTIA INGUINAL CON COMPLICACION ENTERAL |
| 57 | PROCEDIMIENTO | PLASTIA INGUINAL SIMPLE |
| 58 | PROCEDIMIENTO | PLASTIA UMBILICAL |
| 59 | PROCEDIMIENTO | VENODISECCION |
| 60 | PROCEDIMIENTO | ATENCION PARTO |
| 61 | PROCEDIMIENTO | CESAREA |
| 62 | PROCEDIMIENTO | CESAREA / HISTERECTOMIA |
| 63 | PROCEDIMIENTO | EMBARAZO ECTOPICO |
| 64 | PROCEDIMIENTO | HISTERECTOMIA |
| 65 | PROCEDIMIENTO | LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL |
| 66 | PROCEDIMIENTO | RESECCION DE QUISTE DE OVARIO |
| 67 | PROCEDIMIENTO | SALPINGOCLASIA BILATERAL |
| 68 | SERVICIO | ATENCION NEONATAL (INCLUYE VISITA Y ALTA) |
| 69 | SERVICIO | ASEO QUIRURGICO |
| 70 | PROCEDIMIENTO | CIRUGIAS MENORES: (EXCISION DE BURSA, RESECCION DE NEUROMAS, QUISTE SINOVIAL, RETIRO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, AMPUTACION MENOR). |
| 71 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA DE ANTEBRAZO |

| | | |
|-----|---------------|---|
| 72 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA DE MUÑECA |
| 73 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA FX. DE ROTULA |
| 74 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA FX. MESETA TIBIAL |
| 75 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA TIBIO-PERONEA DIAFIASIARIA, EPIFIASIARIA O METAFIASIARIA. |
| 76 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA DE DIAFISIS FEMORAL, SUPRACONDILEA O INTERCONDILEA CON INMOVILIZACION |
| 77 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA FX. DE ANTEBRAZO |
| 78 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE CADERA |
| 79 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE CODO |
| 80 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE HOMBRO |
| 81 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE RODILLA |
| 82 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION DE CUALQUIER PARTE ANATOMICA DEL TOBILLO CON PROCEDIMIENTO ABIERTO. |
| 83 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION DE CUALQUIER PARTE ANATOMICA DEL TOBILLO CON PROCEDIMIENTO CERRADO. |
| 84 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION MANUAL E INMOVILIZACION EXTERNA DE MUÑECA |
| 85 | SERVICIO | TENORRAFIAS |
| 86 | SERVICIO | ANESTESIA GENERAL |
| 87 | SERVICIO | BLOQUEO EPIDURAL |
| 88 | SERVICIO | SEDACION |
| 89 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO/ FISIOLÓGICA DE 100 ML |
| 90 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO / FISIOLÓGICA DE 1000ML |
| 91 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO/ FISIOLÓGICA DE 250 ML |
| 92 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO/ FISIOLÓGICA DE 500 ML |
| 93 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 10% /GLUCOSA 1000 ML |
| 94 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 10% /GLUCOSA 500 ML |
| 95 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 5% /GLUCOSA DE 250 ML |
| 96 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 5% /GLUCOSA DE 500 ML |
| 97 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 50% DE 50 ML |
| 98 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA AL 5% DE 1000 ML |
| 99 | MEDICAMENTO | SOLUCION HARTMAN DE 250 ML |
| 100 | MEDICAMENTO | SOLUCION HARTMAN DE 500 ML |
| 101 | MEDICAMENTO | SOLUCION HARTMAN DE 1000 ML |
| 102 | MEDICAMENTO | SOLUCION MIXTA DE 1000 ML |
| 103 | MEDICAMENTO | SOLUCION MIXTA DE 500 ML |
| 104 | SERVICIO | ABDOMEN SUPERIOR |
| 105 | SERVICIO | ABDOMEN Y PELVIS |
| 106 | SERVICIO | CUELLO |
| 107 | SERVICIO | ESCROTAL/TESTICULAR |
| 108 | SERVICIO | HEPÁTICO Y ESPLÉNICO |
| 109 | SERVICIO | HIGADO Y VIAS BILIARES |
| 110 | SERVICIO | MAMARIO |
| 111 | SERVICIO | MUSCULOESQUELETICO (ARTICULAR, TENDINOSO, MUSCULAR, ETC.) |
| 112 | SERVICIO | OBSTETRICO |
| 113 | SERVICIO | PELVICO |
| 114 | SERVICIO | PELVICO ENDOVAGINAL |
| 115 | SERVICIO | PROSTATICO SUPRAPUBICO |
| 116 | SERVICIO | PROSTATICO SUPRAPUBICO/TRANSRECTAL |
| 117 | SERVICIO | RENAL Y VESICAL |
| 118 | SERVICIO | TRANSFONTANELAR |
| 119 | SERVICIO | ANTEBRAZO AP/LAT |
| 120 | SERVICIO | ART. TEMPORO MANDIBULAR(POR LADO) |
| 121 | SERVICIO | AXIALES DE ROTULA (POR LADO) |
| 122 | SERVICIO | BRAZO AP/LAT |
| 123 | SERVICIO | CALDWELL |
| 124 | SERVICIO | CODO AP/LAT |
| 125 | SERVICIO | COL. CERVICAL AP |
| 126 | SERVICIO | COL. CERVICAL LAT |
| 127 | SERVICIO | COL. LUMBAR AP |
| 128 | SERVICIO | COL. LUMBAR LAT |
| 129 | SERVICIO | COL. TORACICA AP |
| 130 | SERVICIO | COL. TORACICA LAT |
| 131 | SERVICIO | CRANEO AP |
| 132 | SERVICIO | CRANEO LAT |
| 133 | SERVICIO | DEDOS (ORTEJOS) AP/LAT |
| 134 | SERVICIO | HOMBRO AP |
| 135 | SERVICIO | MANO AP/LAT |
| 136 | SERVICIO | MUÑECA AP/LAT |
| 137 | SERVICIO | MUSLO AP/LAT |
| 138 | SERVICIO | PELVIS AP |
| 139 | SERVICIO | PELVIS LATERAL |
| 140 | SERVICIO | PERFILOGRAMA |
| 141 | SERVICIO | PIE DORSOPLANTAP/LAT |
| 142 | SERVICIO | PIERNA AP/LAT |

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|-----|----------|---|
| 143 | SERVICIO | RADIOMETRÍA DE MIEMBROS PELVICOS |
| 144 | SERVICIO | RODILLA AP/LAT |
| 145 | SERVICIO | SENOS PARANASALES (3 PROYECCIONES) |
| 146 | SERVICIO | SIMPLE DE ABDOMEN (UNA POSICIÓN) |
| 147 | SERVICIO | STENVERS(POR LADO) |
| 148 | SERVICIO | TOBILLO AP/LAT |
| 149 | SERVICIO | TORAX AP |
| 150 | SERVICIO | TORAX LATERAL |
| 151 | SERVICIO | TORAX OSEO |
| 152 | SERVICIO | TORAX PA |
| 153 | SERVICIO | TOWNE |
| 154 | SERVICIO | WATERS |
| 155 | SERVICIO | ARTROGRAFIA DE RODILLA (POR LADO) |
| 156 | SERVICIO | CISTOGRAMA MICCIONAL |
| 157 | SERVICIO | COLANGOGRAFIA POR Sonda EN T |
| 158 | SERVICIO | COLECISTOGRAFIA ORAL |
| 159 | SERVICIO | COLON POR ENEMA |
| 160 | SERVICIO | ESOFAGOGRAMA |
| 161 | SERVICIO | FISTULOGRAFIA |
| 162 | SERVICIO | FLEBOGRAFIA (POR LADO) |
| 163 | SERVICIO | HISTEROSALPINGOGRAFIA |
| 164 | SERVICIO | MIELOGRAFIA |
| 165 | SERVICIO | SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL |
| 166 | SERVICIO | TRANSITO INTESTINAL |
| 167 | SERVICIO | UROGRAFIA EXCRETORA |
| 168 | SERVICIO | MASTOGRAFIA BILATERAL |
| 169 | SERVICIO | DENSITOMETRÍA OSEA |
| 170 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR SIMPLE |
| 171 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 172 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ABDOMEN Y PELVIS SIMPLE |
| 173 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ABDOMEN Y PELVIS SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 174 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ANTEBRAZO SIMPLE |
| 175 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ANTEBRAZO SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 176 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CADERA SIMPLE |
| 177 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CADERA SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 178 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. CERVICAL SIMPLE |
| 179 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. CERVICAL SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 180 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. DORSAL SIMPLE |
| 181 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. DORSAL SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 182 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. LUMBAR SIMPLE |
| 183 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CRANEO SIMPLE |
| 184 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CRANEO SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 185 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CUELLO SIMPLE |
| 186 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CUELLO SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 187 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE HOMBRO SIMPLE |
| 188 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE HOMBRO SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 189 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MEDIASTINO SIMPLE |
| 190 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUÑECA Y MANO SIMPLE |
| 191 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUÑECA Y MANO SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 192 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUSLO SIMPLE |
| 193 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUSLO SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 194 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE NASOFARINGE Y FARINGE SIMPLE |
| 195 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE NASOFARINGE Y FARINGE SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 196 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE OIDO AXIAL Y CORONAL SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 197 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE OIDO SIMPLE AXIAL (POR LADO) |
| 198 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE OIDO SIMPLE CORONAL |
| 199 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ORBITA SIMPLE |
| 200 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ORBITA SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 201 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE PIERNA SIMPLE |
| 202 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE PIERNA SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 203 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE RODILLA SIMPLE |
| 204 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE RODILLA SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 205 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE SENOS PARANASALES SIMPLE AXIAL |
| 206 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE SILLA TURCA AXIAL Y CORONAL SIMPLE |
| 207 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE SILLA TURCA AXIAL Y CORONAL SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 208 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TOBILLO SIMPLE |
| 209 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TOBILLO SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 210 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TORAX SIMPLE |
| 211 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TORAX SIMPLE Y CONTRASTADA |
| 212 | SERVICIO | TOMOGRFÍA SENOS PARANASALES CORONAL SIMPLE |
| 213 | MATERIAL | ABATELENGUAS DE MADERA |

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|-----|----------|--|
| 214 | MATERIAL | ACEITE MENEN PARA BEBE |
| 215 | MATERIAL | ACETONA FRASCO SOLUCION |
| 216 | MATERIAL | AGUA ESTERIL 10 ML |
| 217 | MATERIAL | AGUA ESTERIL 1000 ML |
| 218 | MATERIAL | AGUA ESTERIL 500 ML |
| 219 | MATERIAL | AGUA OXIGENADA 500 ml |
| 220 | MATERIAL | AGUA TOHUI 16 REHUSABLE |
| 221 | MATERIAL | AGUA TOHUI 18 REHUSABLE |
| 222 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #27 X 3 1/2 CORTA |
| 223 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 20 |
| 224 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 21 |
| 225 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 22 |
| 226 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 27 |
| 227 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #27 X 4 LARGA |
| 228 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #23 x 1/2 |
| 229 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #25 X 3 1/2 CORTA |
| 230 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #25 X 4 LARGA |
| 231 | MATERIAL | ALCOHOL ETILICO POR LT |
| 232 | MATERIAL | ALCOHOL ETILICO POR ML |
| 233 | MATERIAL | ALGODÓN PLIZADO PAQUETE DE 200 GRS. |
| 234 | MATERIAL | ALGODÓN PLISADO 400 GR. |
| 235 | MATERIAL | AMPROLENE/ GAS PARA ESTERILIZAR AMPULA PEQUEÑA |
| 236 | MATERIAL | APLICADOR MADERA SIN ALGODÓN |
| 237 | MATERIAL | APOSITO CHICO 20X8 |
| 238 | MATERIAL | APOSITO GRANDE 20X13 |
| 239 | MATERIAL | APOSITO TEGADERM 10 X12 CM |
| 240 | MATERIAL | APOSITO ADHERIBLE / TEGADERM 10X25 cm |
| 241 | MATERIAL | APOSITO ADHERIBLE /TEGADERM 6X7 |
| 242 | MATERIAL | APOSITO TEGADERM 8 X 20 CM |
| 243 | MATERIAL | ASEPTO JERINGA DESECHABLE DE 60 ML |
| 244 | MATERIAL | BATA MEDICA DESECHABLE |
| 245 | MATERIAL | BENZAL |
| 246 | MATERIAL | BENZAL POR ML |
| 247 | MATERIAL | BOLSA AGUA CALIENTE 1.5 LTS |
| 248 | MATERIAL | BOLSA AMARILLA RPBI 110X1.20 |
| 249 | MATERIAL | BOLSA AMARILLA RPBI 48X50 |
| 250 | MATERIAL | BOLSA AMARILLA RPBI 55X60 |
| 251 | MATERIAL | BOLSA DE TORUNDAS CHAPULTEPEC DE 500 GR |
| 252 | MATERIAL | BOLSA PARA HIELO |
| 253 | MATERIAL | BOLSA PARA ALIMENTACION PARAENTERAL 1000ML |
| 254 | MATERIAL | BOLSA PARA ALIMENTACION PARAENTERAL 500ML PARA BOMBA DE INFUSION |
| 255 | MATERIAL | BOLSA PARA ALIMENTACION PARAENTERAL/NUTRISET |
| 256 | MATERIAL | BOLSA PARA ALIMENTACION PARAENTERAL/NUTRITUB |
| 257 | MATERIAL | BOLSA PARA COLOSTOMIA ADULTO |
| 258 | MATERIAL | BOLSA PARA ENEMA |
| 259 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA DE ORINA NIÑA |
| 260 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA DE ORINA NINO |
| 261 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA DE ORINA UROTECK |
| 262 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA ORINA ADULTO CYSTOFLO |
| 263 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 110X1.20 |
| 264 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 48X50 |
| 265 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 55X60 |
| 266 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 90X1.20 |
| 267 | MATERIAL | BOTA PARA CIRUJANO DESECHABLE (PAR) |
| 268 | MATERIAL | BRAZALETE DE IDENTIFICACION INFANTIL AZUL Y ROSA |
| 269 | MATERIAL | CABESTRILLO CHICO |
| 270 | MATERIAL | CABESTRILLO GRANDE |
| 271 | MATERIAL | CABESTRILLO MEDIANO |
| 272 | MATERIAL | CAMPO ESTERIL ADHERIBLE DE 90 X 45 CM / STERI DRAPE CON 10 PZAS |
| 273 | MATERIAL | CANULA DE GUEDEL #2 |
| 274 | MATERIAL | CANULA DE YANKAUER |
| 275 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 0 |
| 276 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 1 |
| 277 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 3 |
| 278 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 4 |
| 279 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 5 |
| 280 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 6 |
| 281 | MATERIAL | CANULA RECTAL ADULTO |
| 282 | MATERIAL | CANULA RECTAL INFANTIL |
| 283 | MATERIAL | CASSSETTE PARA MAQUINA CICLADORA DE DIALISIS PERITONEAL |
| 284 | MATERIAL | CATETER EPIDURAL |

| | | |
|-----|----------|---|
| 285 | MATERIAL | CATETER CENTRAL ARROW |
| 286 | MATERIAL | CATETER DOBLE J FR 6 24 CM |
| 287 | MATERIAL | CATETER INTRAVENOSO CENTRAL DE POLIURETANO RADIOPACO/ SUBCLAVICAT #18 |
| 288 | MATERIAL | CATETER MAHURKAN /DIALISIS |
| 289 | MATERIAL | CATETER PARA SUCCION DE FLEMAS K-60 |
| 290 | MATERIAL | CATETER PARA SUCCION DE FLEMAS K-61 |
| 291 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #14 (INTROCAN) |
| 292 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #16 (INTROCAN) |
| 293 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #17 (INTROCAN) |
| 294 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #17 (INTROCAN) |
| 295 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #18 (INTROCAN) |
| 296 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #20 (INTROCAN) |
| 297 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #22 (INTROCAN) |
| 298 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #24 (INTROCAN) |
| 299 | MATERIAL | CATETER SUBCLAVIO #16 /SUBCLAVIAT |
| 300 | MATERIAL | CATETER TENCKO COLA D/COCHINO ADTO. 62 |
| 301 | MATERIAL | CATETER TORAXICO #32 |
| 302 | MATERIAL | CATETER TORAXICO #36 |
| 303 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1 T/10 G37 CM |
| 304 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1 T/5 R26 CM |
| 305 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1/0 R-37 SOBRE |
| 306 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1/0 T/10 R37 CM |
| 307 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1/0 T/5 R 26 CM |
| 308 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2 T/10 R37 SOBRE |
| 309 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2/0 T/10 R36 SOBRE |
| 310 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2/0 T/5 R 26 SOBRE |
| 311 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2-T5 |
| 312 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 3/0 T/10 R 37 SOBRE |
| 313 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 3/0T/5 R26 SOBRE |
| 314 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 4/0 R-37 SOBRE |
| 315 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 4/0 T/5 R 26 SOBRE |
| 316 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 2/0 R-26 |
| 317 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 2/0 R-26 SOBRE |
| 318 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 2/0 SIN AGUJA |
| 319 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 3/0 R26 |
| 320 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 3/0 SIN AGUJA |
| 321 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 3-0 T/10 |
| 322 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 4-0 T-5 |
| 323 | MATERIAL | CEPILLO CITOLOGICO |
| 324 | MATERIAL | CEPILLO PARA CIRUJANO |
| 325 | MATERIAL | CEPILLO QUIRURGICO DESECHABLE CON JABON |
| 326 | MATERIAL | CINTA TESTIGO PARA VAPOR |
| 327 | MATERIAL | CINTA UMBILICAL |
| 328 | MATERIAL | CIRCUITO DE RESPIRADOR ADUTLO (TUBO CORRUGADO) |
| 329 | MATERIAL | COJIN KELLI |
| 330 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO CHICO |
| 331 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO CHICO |
| 332 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO GRANDE |
| 333 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO MEDIANO |
| 334 | MATERIAL | COLLARIN PHILADELFIA CHICO |
| 335 | MATERIAL | COLLARIN PHILADELFIA GRANDE |
| 336 | MATERIAL | COLLARIN PHILADELFIA MEDIANO |
| 337 | MATERIAL | COMPRESA QUIRURGICA 45X45 CM POR PIEZA |
| 338 | MATERIAL | CONECTOR PARA OXIGENO 2 VIAS EN Y |
| 339 | MATERIAL | CONECTOR PARA OXIGENO GRUESO |
| 340 | MATERIAL | CONECTOR DE TITANIO |
| 341 | MATERIAL | CONECTOR DELGADO |
| 342 | MATERIAL | CONECTOR OXIGENO DELGADO |
| 343 | MATERIAL | CUBRE BOCA DESECHABLE |
| 344 | MATERIAL | DESINFECTANTE PARA QUIROFANOS GAFIDEX POR ML |
| 345 | MATERIAL | DIALIZADOR DICEA 170 G |
| 346 | MATERIAL | DIALIZADOR DICEA 210 G |
| 347 | MATERIAL | DIPROSONE EN CREMA 30 GR |
| 348 | MATERIAL | DISPARO DE ENGRAPADORA DE PIEL |
| 349 | MATERIAL | DISPOSITIVO INTRAUTERINO |
| 350 | MATERIAL | ELECTRODOS ADULTO |
| 351 | MATERIAL | ELECTRODOS INFANTIL |
| 352 | MATERIAL | ENEMA DE FOSFATO |
| 353 | MATERIAL | ENEMA MICROLAX AMPOLLETA CAJA CON |
| 354 | MATERIAL | ENGRAPADORA DE PIEL CON 35 DISPAROS |
| 355 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCCLISIS ADULTO (FLEBOTEK) CON CLAVE PARA BOMBA |

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|-----|----------|--|
| 356 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS CON MEDIDOR DE VOLUMEN DE 100 ML (METRISET 100ML) |
| 357 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS CON MEDIDOR DE VOLUMEN DE 150 ML (METRISET DE 150 ML) |
| 358 | MATERIAL | EQUIPO DE BLOQUEO PARA ANESTESIA (PERIFIX) |
| 359 | MATERIAL | EQUIPO DE BLOQUEO BASICO PARA ANESTESIA /DURAL |
| 360 | MATERIAL | EQUIPO DE BLOQUEO EPIDURAL /CERTOFIX |
| 361 | MATERIAL | EQUIPO DE DRENAJE /DRENOVAC 1/4 |
| 362 | MATERIAL | EQUIPO DE DRENAJE /DRENOVAC 1/8 |
| 363 | MATERIAL | EQUIPO DE IRRIGACION (IRRIGATEK) |
| 364 | MATERIAL | EQUIPO DE TRANSFUSION PARA BOMBA DE INFUSION (SANGOFIX) |
| 365 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS ADULTO (NORMOGOTERO) |
| 366 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS INFANTIL (MICROGOTERO) |
| 367 | MATERIAL | EQUIPO PARA DRENAJE PLEUROVAC SELLO DE AGUA |
| 368 | MATERIAL | EQUIPO TRANSFUSION SANGUINEA |
| 369 | MATERIAL | ESPEJO VAGINAL CHICO |
| 370 | MATERIAL | ESPEJO VAGINAL DESECHABLE MEDIANO |
| 371 | MATERIAL | ESPONJA ESTERIL COMPRIMIDA / GELFOAM |
| 372 | MATERIAL | EXTENSION PARA EQUIPO DE VENOCLISIS DE 50 CM /GIRATEK |
| 373 | MATERIAL | FORMOL POR LITRO |
| 374 | MATERIAL | FORMOL POR ML |
| 375 | MATERIAL | FURACIN TARRO DE 85 GM |
| 376 | MATERIAL | FURACIN TARRO POR ML |
| 377 | MATERIAL | GASA CHICA 7.5X5 SIMPLE POR PIEZA |
| 378 | MATERIAL | GASA CHICA 7.5X6 SIMPLE POR PAQUETE DE 3 PZAS |
| 379 | MATERIAL | GASA GRANDE 10 X 10 SIMPLE PAQUETE DE 3 PZAS |
| 380 | MATERIAL | GASA GRANDE 10 X 10 SIMPLE POR PIEZA |
| 381 | MATERIAL | GASA GRANDE 10X10 CON RAYTEX POR PIEZA |
| 382 | MATERIAL | GEL PARA ELECTRO TUBO DE 250 GR. |
| 383 | MATERIAL | GEL PARA ELECTRO POR ML |
| 384 | MATERIAL | GERMICIDA CONCENTRADO ANTICORROSIVO / KRIT POR LITRO |
| 385 | MATERIAL | GERMICIDA CONCENTRADO ANTICORROSIVO / KRIT POR ML |
| 386 | MATERIAL | GLICINA AL 1.5% BOLSA DE 3000 ML |
| 387 | MATERIAL | GORRO CIRUJANO DESECHABLE |
| 388 | MATERIAL | GRAPA DE LAPAROSCOPIA PAQUETE CON 6 GRAPAS (TITANIO) |
| 389 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 6 |
| 390 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 6 1/2 |
| 391 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 7 |
| 392 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 7 1/2 |
| 393 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 8 |
| 394 | MATERIAL | GUANTE DESECHABLE MEDIANO |
| 395 | MATERIAL | HOJA BISTURI #20 |
| 396 | MATERIAL | HOJA BISTURI #21 |
| 397 | MATERIAL | HOJA BISTURI #23 |
| 398 | MATERIAL | HOJA BISTURI #10 |
| 399 | MATERIAL | HOJA BISTURI #11 |
| 400 | MATERIAL | HOJA BISTURI #12 |
| 401 | MATERIAL | HOJA BISTURI #15 |
| 402 | MATERIAL | HOJA BISTURI #22 |
| 403 | MATERIAL | ISODINE ESPUMA POR ML |
| 404 | MATERIAL | ISODINE SOLUCION POR ML |
| 405 | MATERIAL | JABON MENEN PARA BEBE |
| 406 | MATERIAL | JABON QUIRURGICO POR ML |
| 407 | MATERIAL | JERINGA ASCEPTO DE 120 ML |
| 408 | MATERIAL | JERINGA ASCEPTO DE 30ML |
| 409 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 1ML O DE INSULINA |
| 410 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 3ML |
| 411 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 5ML |
| 412 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 10 ML |
| 413 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 20 ML |
| 414 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 60ML |
| 415 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE DE 50 ML |
| 416 | MATERIAL | LANCETA DESECHABLE |
| 417 | MATERIAL | LAPIZ PARA ELECTROCAUTERIO |
| 418 | MATERIAL | LINEAS DE DIALIZADOR #8 |
| 419 | MATERIAL | LUBRICANTE/ JALEA LUBRICANTE DE 135 grs |
| 420 | MATERIAL | LUBRICANTE/ JALEA LUBRICANTE POR ML |
| 421 | MATERIAL | LUGOL POR LT |
| 422 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 POR CM |
| 423 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA |
| 424 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA 1/2 |
| 425 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA 1/4 |
| 426 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA 1/8 |

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|-----|----------|--|
| 427 | MATERIAL | MASCARA PARA OXIGENO PEDIATRICA CON BOLSA RESERVORIO |
| 428 | MATERIAL | MASCARILLA DE ANESTESIA INFANTIL |
| 429 | MATERIAL | MASCARILLA DE ANESTESIA ADULTO |
| 430 | MATERIAL | MASCARILLA DE ANESTESIA PEDIATRICO |
| 431 | MATERIAL | MASCARILLA PARA NEBULIZADOR ADULTO |
| 432 | MATERIAL | MASCARILLA PARA NEBULIZADOR PEDIATRICO |
| 433 | MATERIAL | MASCARILLA PARA OXIGENO ADULTO CON BOLSA RESERVORIO |
| 434 | MATERIAL | MASCARILLA PARA OXIGENO ADULTO |
| 435 | MATERIAL | MASCARILLA PARA OXIGENO PEDIATRICA |
| 436 | MATERIAL | MICROPORE 1 PULGADA POR CM |
| 437 | MATERIAL | MEDIAS DE MEDIANA COMPRESION |
| 438 | MATERIAL | MICROPORE 1/2 PULGADA POR CM |
| 439 | MATERIAL | MICROPORE 1 PULGADA POR ROLLO |
| 440 | MATERIAL | MICROPORE 2 PULGADAS POR CM |
| 441 | MATERIAL | MICROPORE 1/2 PULGADA POR ROLLO |
| 442 | MATERIAL | MICROPORE 3 PULGADAS POR CM |
| 443 | MATERIAL | MICROPORE 2 PULGADAS POR ROLLO |
| 444 | MATERIAL | MICROPORE 3 PULGADAS POR ROLLO |
| 445 | MATERIAL | MONOCRYL 2-0 |
| 446 | MATERIAL | NYLON 1/0 CE 24 SOBRE |
| 447 | MATERIAL | NYLON 2/0 CE 19 SOBRE |
| 448 | MATERIAL | NYLON 2/0 CE 24 SOBRE |
| 449 | MATERIAL | NYLON 2/0 CE-19 SOBRE |
| 450 | MATERIAL | NYLON 3/0 CE 19 SOBRE |
| 451 | MATERIAL | NYLON 3/0 CE 24 SOBRE |
| 452 | MATERIAL | NYLON 4/0 CE 19 SOBRE |
| 453 | MATERIAL | NYLON 4/0 CE 24 SOBRE |
| 454 | MATERIAL | NYLON 5/0 CE 19 SOBRE |
| 455 | MATERIAL | NYLON 6/0 CE 19 SOBRE |
| 456 | MATERIAL | PANTIMEDIA DE MEDIANA COMPRESION |
| 457 | MATERIAL | PAÑAL ADULTO PIEZA |
| 458 | MATERIAL | PAPEL ELECTRO ROLLO |
| 459 | MATERIAL | PARCHE PARA OJOS / NEXCARE |
| 460 | MATERIAL | PERIFIX O MINISSET |
| 461 | MATERIAL | PERILLA DE HULE #2 |
| 462 | MATERIAL | PERILLA DE HULE #4 |
| 463 | MATERIAL | PERILLA DE HULE #6 |
| 464 | MATERIAL | PEZONERA DE CRISTAL |
| 465 | MATERIAL | PEZONERA DE CRISTAL |
| 466 | MATERIAL | PLACA PARA ELECTROCAUTERIO DESECAHLE PEDIATRICA |
| 467 | MATERIAL | PLACA PARA ELETROCAUTERIO DESECHABLE ADULTO |
| 468 | MATERIAL | PORTA OBJETOS/ LAMINILLAS DE 25X75 CAJA CON 50 PZAS |
| 469 | MATERIAL | PRESERVATIVOS DESECHABLES (CONDONES OASIS) |
| 470 | MATERIAL | PROLENE 1 CT I 36.4 MM AGUJA AHUSADA |
| 471 | MATERIAL | PROLENE 1/0 CT-1 36.4MM AGUJA AHUSADA |
| 472 | MATERIAL | PROLENE 1/0 SH 2.5 CM AHUSADA |
| 473 | MATERIAL | PROLENE 2/0 CT-1 36.4MM AHUSADA |
| 474 | MATERIAL | PROLENE 2/0 SH 26MM AHUSADA |
| 475 | MATERIAL | PROLENE 3/0 SH 26MM AHUSADA |
| 476 | MATERIAL | PROLENE DOBLE ARMADA AGUJA T/5 |
| 477 | MATERIAL | PUNTAS NAsALES ADULTO |
| 478 | MATERIAL | PUNTAS NAsALES PEDIATRICA |
| 479 | MATERIAL | PURITAN PEDIATRICO |
| 480 | MATERIAL | RASTRILLOS DESECHABLE |
| 481 | MATERIAL | ROLLO DE ALGODÓN DE 500 GR |
| 482 | MATERIAL | ROLLO DE GASA 91 cms X91.44MT |
| 483 | MATERIAL | SABANA DESECHABLE |
| 484 | MATERIAL | SEDA 0 SIN AGUJA |
| 485 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1 R-37 TRENZADA ATRAMAT |
| 486 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1 SIN AGUJA HEBRAS |
| 487 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1 T/10 R37 |
| 488 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/10 R37 SOBRE |
| 489 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/10 R-37 SOBRE |
| 490 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/5 R-26 SOBRE |
| 491 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/5R26 SOBRE |
| 492 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1T/5 R-26 SOBRE |
| 493 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2 0 SIN AGUJA |
| 494 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2 T/10 R37 SOBRE |
| 495 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2/0 T/10 R37 SOBRE |
| 496 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2/0 T/5 R26 SOBRE |
| 497 | MATERIAL | SEDA NEGRA 3 0 SIN AGUJA |

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|-----|----------|--|
| 498 | MATERIAL | SEDA NEGRA 3/0 T/10 R37 SOBRE |
| 499 | MATERIAL | SEDA NEGRA 3/0 T/5 R26 SOBRE |
| 500 | MATERIAL | SEDA NEGRA 4/0 T/5 R26 SOBRE |
| 501 | MATERIAL | SEDA NEGRA 4/0 T/10 |
| 502 | MATERIAL | SEVOFLUORANO LIQUIDO POR ML |
| 503 | MATERIAL | SHAMPOO JOHNSON'S PARA BEBE |
| 504 | MATERIAL | SONDA DE SUCCION DE FLEMAS #14 |
| 505 | MATERIAL | SONDA DE SUCCION DE FLEMAS #16 |
| 506 | MATERIAL | SONDA DE SUCCION DE FLEMAS 18 FR |
| 507 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #20 |
| 508 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #10 |
| 509 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #14 |
| 510 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #16 |
| 511 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL / NASOGASTRICA K10 |
| 512 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL / NASOGASTRICA K-11 |
| 513 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL/ NASOGASTRICA K 9 |
| 514 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL/ NASOGASTRICA K-10 |
| 515 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #18 GLOBO 30 DE 2 VIAS |
| 516 | MATERIAL | SONDA FOLEY # 8 GLOBO 3 |
| 517 | MATERIAL | SONDA FOLEY #10 GLOBO 3 |
| 518 | MATERIAL | SONDA FOLEY #12 GLOBO 30 |
| 519 | MATERIAL | SONDA FOLEY #14 GLOBO 30 |
| 520 | MATERIAL | SONDA FOLEY #16 GLOBO 30 |
| 521 | MATERIAL | SONDA FOLEY 2 VIAS #24 GLOBO 30 LATEX |
| 522 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS # 26 GLOBO 30 |
| 523 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #18 GLOBO 30 |
| 524 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #18 GLOBO 5 |
| 525 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #20 GLOBO 30 |
| 526 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #22 CON GLOBO 30 |
| 527 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #22 GOLBO 30 |
| 528 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #24 CON GLOBO 30 |
| 529 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #24 GLOBO 30 |
| 530 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #24 GLOBO 30 |
| 531 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #12 GLOBO 5 DE 2 VIAS |
| 532 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #16 GLOBO 5 DE 2 VIAS |
| 533 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #30 CON GLOBO 30 2 VIAS |
| 534 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 20 GLOBO 30 DE 2 VIAS |
| 535 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 20 GLOBO 5 DE 2 VIAS |
| 536 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 22 GLOBO 30 DE 2 VIAS |
| 537 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 22 GLOBO 5 DE 2 VIAS |
| 538 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #10 GLOBO 30 DE 2 VIAS |
| 539 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #14 CON GLOBO 5 DE 2 VIAS |
| 540 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #18 GLOBO 30 DE 2 VIAS |
| 541 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #18 GLOBO 5 DE 2 VIAS |
| 542 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #20 GLOBO 30 DE 2 VIAS |
| 543 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #24 GLOBO 30 DE 2 VIAS |
| 544 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #24 GLOBO 5 DE 2 VIAS |
| 545 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #30 GLOBO 30 DE 2 VIAS |
| 546 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #8-3 DE 2 VIAS |
| 547 | MATERIAL | SONDA FOLEY LATEX #12 GLOBO 30 |
| 548 | MATERIAL | SONDA FOLEY LATEX #14 GLOBO 30 |
| 549 | MATERIAL | SONDA FOLEY LATEX #16 GLOBO 30 |
| 550 | MATERIAL | SONDA FOLEY SILASTIC 2 VIAS #20 GLOBO 30 |
| 551 | MATERIAL | SONDA FOLEY SILASTIC 2 VIAS # 22 GLOBO 30 |
| 552 | MATERIAL | SONDA FOLEY SILASTIC 2 VIAS # 24 GLOBO 30 |
| 553 | MATERIAL | SONDA NASOGASTRICA ESTOMACAL K-9 T/LEVIN |
| 554 | MATERIAL | SONDA NELATON # 14 |
| 555 | MATERIAL | SONDA NELATON # 16 |
| 556 | MATERIAL | SONDA NELATON # 18 |
| 557 | MATERIAL | SONDA NELATON #10 |
| 558 | MATERIAL | SONDA NELATON #12 |
| 559 | MATERIAL | SONDA PARA ALIMENTACION INFANTIL # K32 5FR |
| 560 | MATERIAL | SONDA PARA ALIMENTACION INFANTIL #K31 8FR |
| 561 | MATERIAL | SONDA RECTAL K-40 |
| 562 | MATERIAL | SONDAS PARA ASPIRACION DE FLEMAS #18 |
| 563 | MATERIAL | TALCO POR KILOGRAMO |
| 564 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1 PULGADA POR CM |
| 565 | MATERIAL | TAPON CON YODOPOVIDONA PARA DIALISIS PERITONEAL |
| 566 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1/2 PULGADA POR CM |
| 567 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1 PULGADA POR ROLLO |
| 568 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 2 PULGADA POR CM |

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|-----|----------|---|
| 569 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1/2 PULGADA POR ROLLO |
| 570 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 3 PULGADA POR CM |
| 571 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 2 PULGADA POR ROLLO |
| 572 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 3 PULGADA POR ROLLO |
| 573 | MATERIAL | TERMOMETRO ORAL |
| 574 | MATERIAL | TINTURA BENJUI 10% POR ML |
| 575 | MATERIAL | TIRALECHE DE CRISTAL |
| 576 | MATERIAL | TIRAS PARA MEDICION DE GLUCOSA (DESTROXTIS) |
| 577 | MATERIAL | TIRAS REACTIVA |
| 578 | MATERIAL | TOALLA SANITARIA GINECOOBSTETRICA |
| 579 | MATERIAL | TRANSPORE 1 PULGADA POR CM |
| 580 | MATERIAL | TORUNDA DE ALGODÓN |
| 581 | MATERIAL | TRANSPORE 2 PULG POR CM |
| 582 | MATERIAL | TRANSPORE 1/2" |
| 583 | MATERIAL | TRANSPORE 3" POR CM |
| 584 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 1 PULGADA |
| 585 | MATERIAL | TUBO CONECTOR PARA OXIGENO |
| 586 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 1/2 PULGADA |
| 587 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 1/4 PULGADA |
| 588 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 3/4 PULGADA |
| 589 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #8.5 SIN GLOBO |
| 590 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #2.0 SIN GLOBO |
| 591 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #2.5 SIN GLOBO |
| 592 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #3.0 SIN GLOBO |
| 593 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #3.5 SIN GLOBO |
| 594 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #4.0 SIN GLOBO |
| 595 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #4.5 SIN GLOBO |
| 596 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #5.0 SIN GLOBO |
| 597 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #5.5 SIN GLOBO |
| 598 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #6 |
| 599 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #6.5 SIN GLOBO |
| 600 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #8.0 SIN GLOBO |
| 601 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #4.0 |
| 602 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #4.5 |
| 603 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #6.5 |
| 604 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #7.0 |
| 605 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #7.5 |
| 606 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #8.0 |
| 607 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #8.0 |
| 608 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #8.5 |
| 609 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #9.0 |
| 610 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #9.5 |
| 611 | MATERIAL | TUBO LATEX PARA SUCCION POR METRO |
| 612 | MATERIAL | UMBILIPINZAS DE DESECHABLE |
| 613 | MATERIAL | VASELINA SOLIDA POR MILIGRAMO |
| 614 | MATERIAL | VENDA DE YESO 5CM |
| 615 | MATERIAL | VENDA DE MALLA PARA EXTREMIDADES / RETELAX POR CM |
| 616 | MATERIAL | VENDA DE MAYA |
| 617 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 5 CM |
| 618 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 10 CM |
| 619 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 15 CM |
| 620 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 20 CM |
| 621 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 30 CM |
| 622 | MATERIAL | VENDA FIBRA DE VIDRIO 10.0 * 3.65 |
| 623 | MATERIAL | VENDA FIBRA DE VIDRIO 7.5 * 3.65 |
| 624 | MATERIAL | VENDA HUATA 5 CM |
| 625 | MATERIAL | VENDA HUATA 10 CM |
| 626 | MATERIAL | VENDA HUATA 15 CM |
| 627 | MATERIAL | VENDA HUATA 20 CM |
| 628 | MATERIAL | VENDA HUATA 5X5 CM. |
| 629 | MATERIAL | VENDA SMARCH 10 CM CON 2.70 MTS. |
| 630 | MATERIAL | VENDA SOFFBAN 10CM |
| 631 | MATERIAL | VENDA TENSOR 10 CM |
| 632 | MATERIAL | VENDA TENSOR 15 CM |
| 633 | MATERIAL | VENDA TENSOR 5 CM |
| 634 | MATERIAL | VENDA YESO 10 CM |
| 635 | MATERIAL | VENDA YESO 15 CM |
| 636 | MATERIAL | VENDA YESO 15CM |
| 637 | MATERIAL | VENDA YESO 20 CM |
| 638 | MATERIAL | VENDA YESO 5 CM |
| 639 | MATERIAL | VICRIL 2/0 R-37 / ACIDO POLIGLICOLICO |

| | | |
|-----|----------|---|
| 640 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT #1 T/10 R 37 |
| 641 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT #1 T/5 R 26 |
| 642 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 1/0 T/10 R 37 |
| 643 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 1/0 T/5 R 26 |
| 644 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 2/0 T/10 R 37 |
| 645 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 2/0 T/5 R 26 |
| 646 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 3/0 T/10 R 37 |
| 647 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 3/0 T/5 R 26 |
| 648 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 4/0 T/5 R 26 |
| 649 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #1 T/5 R-26 |
| 650 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #1/0 T/5 R-26 |
| 651 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #2/0 T/10 R-37 |
| 652 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #2/0 T/5 R-26 |
| 653 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #3/0 T/5 R-26 |
| 654 | MATERIAL | VINAGRE BOTELLA DE 1LT |
| 655 | MATERIAL | VIOLETA DE GENCIANA POR ML |
| 656 | SERVICIO | GLUCOSA |
| 657 | SERVICIO | GLUCOSA POST-PRANDIAL |
| 658 | SERVICIO | UREA (NITRÓGENO UREICO)(BUN) |
| 659 | SERVICIO | CREATININA |
| 660 | SERVICIO | ÁCIDO ÚRICO |
| 661 | SERVICIO | COLESTEROL TOTAL |
| 662 | SERVICIO | COLESTEROL HDL (ALTA DENSIDAD) |
| 663 | SERVICIO | COLESTEROL LDL (BAJA DENSIDAD) |
| 664 | SERVICIO | COLESTEROL VLDL (MUY BAJA DENSIDAD) |
| 665 | SERVICIO | TRIGLICÉRIDOS |
| 666 | SERVICIO | LÍPIDOS TOTALES |
| 667 | SERVICIO | PERFIL DE LÍPIDOS (COL. TOTAL, HDL, LDL, VLDL, TGC, LÍPIDOS TOTALES, ÍNDICE ATEROGÉNICO) |
| 668 | SERVICIO | ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS / ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS C/U |
| 669 | SERVICIO | CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA |
| 670 | SERVICIO | ALBUMINA |
| 671 | SERVICIO | PROTEÍNAS TOTALES (PT) |
| 672 | SERVICIO | GLOBULINAS |
| 673 | SERVICIO | BILIRRUBINAS (TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA) |
| 674 | SERVICIO | ELECTROLITOS SÉRICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) |
| 675 | SERVICIO | SODIO |
| 676 | SERVICIO | POTASIO |
| 677 | SERVICIO | CLORO |
| 678 | SERVICIO | CALCIO |
| 679 | SERVICIO | FOSFORO |
| 680 | SERVICIO | MAGNESIO |
| 681 | SERVICIO | LITIO |
| 682 | SERVICIO | HIERRO SÉRICO |
| 683 | SERVICIO | AMILASA SÉRICA O EN ORINA C/U |
| 684 | SERVICIO | LIPASA |
| 685 | SERVICIO | CREATIN FOSFOKINASA (CPK) (CK) |
| 686 | SERVICIO | CK - FRACCIÓN MB (CK-MB) |
| 687 | SERVICIO | TROPONINA SÉRICA |
| 688 | SERVICIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA (DHL) |
| 689 | SERVICIO | FOSFATASA ALCALINA |
| 690 | SERVICIO | FOSFATASA ÁCIDA TOTAL |
| 691 | SERVICIO | F. ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA |
| 692 | SERVICIO | GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA (GAMA GT) (GGT) |
| 693 | SERVICIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1 Y A1c) |
| 694 | SERVICIO | TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA (TGO, AST). |
| 695 | SERVICIO | TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRÚVICA (TGP, ALT). |
| 696 | SERVICIO | QUÍMICA SANGUÍNEA PARCIAL (3) ELEMENTOS: (GLU, UREA, BUN, CREATININA) |
| 697 | SERVICIO | QUÍMICA SANGUÍNEA COMPLETA (6) ELEMENTOS: (GLUCOSA, UREA, CREATININA, AC. ÚRICO, COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS) |
| 698 | SERVICIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA (F. ROJA, F. BLANCA Y PLAQUETAS) |
| 699 | SERVICIO | FÓRMULA ROJA |
| 700 | SERVICIO | FÓRMULA BLANCA |
| 701 | SERVICIO | PLAQUETAS |
| 702 | SERVICIO | RETICULOCITOS |
| 703 | SERVICIO | TIEMPOS DE COAGULACIÓN (TP, TTP, INR) |
| 704 | SERVICIO | TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) CON INR |
| 705 | SERVICIO | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP) |
| 706 | SERVICIO | TIEMPO DE TROMBINA (TT) |
| 707 | SERVICIO | FIBRINÓGENO |
| 708 | SERVICIO | TIEMPO DE SANGRADO |
| 709 | SERVICIO | TIEMPO DE COAGULACIÓN |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|-----|----------|---|
| 710 | SERVICIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR (VSG) |
| 711 | SERVICIO | GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh |
| 712 | SERVICIO | CÉLULAS LE |
| 713 | SERVICIO | EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL (CADA MUESTRA) |
| 714 | SERVICIO | GOTA GRUESA |
| 715 | SERVICIO | GASOMETRÍA ARTERIAL |
| 716 | SERVICIO | COOMBS DIRECTO |
| 717 | SERVICIO | COOMBS INDIRECTO |
| 718 | SERVICIO | V. D. R. L |
| 719 | SERVICIO | ANTIESTREPTOLISINAS (AELO) |
| 720 | SERVICIO | FACTOR REUMATOIDE |
| 721 | SERVICIO | PROTEÍNA C REACTIVA |
| 722 | SERVICIO | REACCIONES FEBRILES |
| 723 | SERVICIO | PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE / ORINA (PIE) C/U |
| 724 | SERVICIO | CUANTIFICACIÓN DE HCG EN SANGRE (FRACCIÓN BETA) |
| 725 | SERVICIO | HIV (SIDA) 1 Y 2 |
| 726 | SERVICIO | HEPATITIS B (ANTIÉGENO DE SUPERFICIE) |
| 727 | SERVICIO | HEPATITIS C |
| 728 | SERVICIO | HEPATITIS A IgG, |
| 729 | SERVICIO | HEPATITIS A IgM |
| 730 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA A (IgA) |
| 731 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA E (IgE) |
| 732 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA G (IgG) |
| 733 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA M (IgM) |
| 734 | SERVICIO | CRISTALOGRAFÍA |
| 735 | SERVICIO | DEPURACIÓN DE CREATININA; ALBUMINA; ÁCIDO ÚRICO (C/U) EN ORINA 24 HRS |
| 736 | SERVICIO | CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS |
| 737 | SERVICIO | EXÁMEN GENERAL DE ORINA (EGO) |
| 738 | SERVICIO | MICROALBUMINURIA |
| 739 | SERVICIO | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HRS. |
| 740 | SERVICIO | ESPERMATOBIOSCOPIA DIRECTA |
| 741 | SERVICIO | AMIBA EN FRESCO |
| 742 | SERVICIO | COPROPARASITOSCÓPICO DE 1 MUESTRA |
| 743 | SERVICIO | COPROPARASITOSCÓPICO DE 3 MUESTRAS |
| 744 | SERVICIO | COPROLÓGICO |
| 745 | SERVICIO | CITOLOGÍA DE MOCO FECAL |
| 746 | SERVICIO | AZÚCARES REDUCTORES (DISACÁRIDOS) |
| 747 | SERVICIO | SANGRE OCULTA EN HECES |
| 748 | SERVICIO | ROTAVIRUS EN HECES |
| 749 | SERVICIO | HELICOBACTER PYLORI EN HECES |
| 750 | SERVICIO | CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS CON ANTIBIOGRAMA |
| 751 | SERVICIO | CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS SIN ANTIBIOGRAMA |
| 752 | SERVICIO | BUSQUEDA DE CHLAMYDIA (VAGINAL, URETRAL) PRUEBA RÁPIDA |
| 753 | SERVICIO | B. A. A. R. EN EXPECTORACIÓN Y EN ORINA (BACILOSCOPIA) CADA MUESTRA : |
| 754 | SERVICIO | CULTIVO PARA MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS |
| 755 | SERVICIO | HEMOCULTIVO |
| 756 | SERVICIO | CULTIVO PARA HONGOS |
| 757 | SERVICIO | TINCIÓN DE GRAM |
| 758 | SERVICIO | PERFILTIROIDEO (TSH, T4 TOTAL, T4 LIBRE, T3) |
| 759 | SERVICIO | PERFIL GINECOLÓGICO (LH, FSH, PROLACTINA, ESTRADIOL, PROGESTERONA) |
| 760 | SERVICIO | PERFIL TORCH (IgG) |
| 761 | SERVICIO | PERFIL TORCH (IgM) |
| 762 | SERVICIO | PERFIL DE LÍPIDOS (COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL, TRIGLICÉRIDOS, LÍPIDOS TOTALES) |
| 763 | SERVICIO | PERFIL HEPÁTICO COMPLETO (PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO (PFH)) BILIRRUBINAS, TGO, TGP, FOSFATASA ALCALINA, GGT, PTOTEÍNAS TOTALES, ALBÚMINA, GLOBULINAS Y REL. A/G |
| 764 | SERVICIO | PERFIL HEPÁTICO BÁSICO (BILIRRUBINAS, TGO, TGP, FOSFATASA ALCALINA). |
| 765 | SERVICIO | PERFIL DE HEPATITIS VIRAL A, B, C, (MARCADORES DE HEPATITIS). |
| 766 | SERVICIO | PERFIL METABÓLICO NEONATAL (TAMIZ NEONATAL) |
| 767 | SERVICIO | PERFIL DE INMUNOGLOBULINAS (A, E, G, M) |
| 768 | SERVICIO | PERFIL CARDIACO BÁSICO (CPK, CK-MB, TGO, DHL) |
| 769 | SERVICIO | PERFIL CARDIACO COMPLETO (CPK, CK-MB, TGO, DHL, TROPONINA T) |
| 770 | SERVICIO | ANTIÉGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA (PSA) |
| 771 | SERVICIO | ANTIÉGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE |
| 772 | SERVICIO | ANTIÉGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA COMPLETO (PSA / PSA LIBRE) |
| 773 | SERVICIO | PERFIL REUMATOLÓGICO BÁSICO (PCR, AELO, F. REUMATOIDE, VSG, AC ÚRICO) |
| 774 | SERVICIO | PERFIL REUMATOLÓGICO COMPLETO (PCR, AELO, F. REUMATOIDE, VSG, AC. ÚRICO, CALCIO, FOSFORO, CELULAS L. E.), |
| 775 | SERVICIO | PERFIL DE UROPORFIRINAS |
| 776 | SERVICIO | ANTICOAGULANTE LÚPICO |
| 777 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-AMIBA |
| 778 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI - DNA (NATIVO, DE DOBLE CADENA) |
| 779 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI - NUCLEARES (ANA) |



| | | |
|-----|-------------|---|
| 780 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- CISTICERCOS |
| 781 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-CITOMEGALOVIRUS (IgG, / IgM (C/UNO) |
| 782 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-HERPES I IgG, / IgM (CADA UNO) |
| 783 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-HERPES II IgG, / IgM (CADA UNO) |
| 784 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLÍPIDOS IgG (CARDIOLIPINAS) |
| 785 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLÍPIDOS IgM (CARDIOLIPINAS) |
| 786 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI RUBEOLA IgG |
| 787 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI RUBEOLA IgM |
| 788 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-TOXOPLASMA IgM, IgG C/U |
| 789 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IgG |
| 790 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IgM |
| 791 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS |
| 792 | SERVICIO | ANTIGENO DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS (PRUEBA RAPIDA) |
| 793 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgG |
| 794 | SERVICIO | CARBAMACEPINA |
| 795 | SERVICIO | CA 19-9 |
| 796 | SERVICIO | CA 15-3 |
| 797 | SERVICIO | CA 125 |
| 798 | SERVICIO | ALFAFETOPROTEÍNA (AFP) |
| 799 | SERVICIO | ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA) |
| 800 | SERVICIO | ÁCIDO VALPROÍCO |
| 801 | SERVICIO | DIFENILHIDANTOÍNA (FENITOÍNA) |
| 802 | SERVICIO | DIGOXINA |
| 803 | SERVICIO | AMONIO EN PLASMA HEPARINIZADO |
| 804 | SERVICIO | COMPLEMENTO C3 |
| 805 | SERVICIO | COMPLEMENTO C4 |
| 806 | SERVICIO | ANFETAMINAS EN ORINA |
| 807 | SERVICIO | COCAÍNA EN ORINA |
| 808 | SERVICIO | PROTEÍNA DE BENICE- JONES (EN ORINA DE 24 HRS) |
| 809 | SERVICIO | INSULINA BASAL |
| 810 | SERVICIO | INSULINA POST- PRANDIAL (2 MUESTRAS) |
| 811 | SERVICIO | CEPILLADO URETRAL (DETECCIÓN DE VPH POR CITOLOGÍA) |
| 812 | SERVICIO | YODO PROTÉICO |
| 813 | SERVICIO | TSH (HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES) |
| 814 | SERVICIO | ESTRADIOL |
| 815 | SERVICIO | ESTRÓGENOS TOTALES |
| 816 | SERVICIO | HORMONA DE CRECIMIENTO (HC) |
| 817 | SERVICIO | HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH) |
| 818 | SERVICIO | HORMONA LUTEINIZANTE (LH) |
| 819 | SERVICIO | PROGESTERONA |
| 820 | SERVICIO | PROLACTINA |
| 821 | SERVICIO | TESTOSTERONA TOTAL |
| 822 | SERVICIO | CORTISOL |
| 823 | SERVICIO | PAPANICOLAOU CERVICO-VAGINAL (CITOLOGÍA) |
| 824 | SERVICIO | CITOQUÍMICO DE L. C. R., Ó CUALQUIER OTRO LÍQUIDO. |
| 825 | SERVICIO | BOLSITA RECOLECTORA DE ORINA |
| 826 | SERVICIO | TOMA DE MUESTRAS A DOMICILIO |
| 827 | SERVICIO | URGENCIAS |
| 828 | MEDICAMENTO | ACETILCISTEINA 400 MG. 2 ML. AMPULA / MUCOMYST. |
| 829 | MEDICAMENTO | ACETILCISTEINA 400 MG. 2 ML. CAJA CON 5 AMPULAS / MUCOMYST. |
| 830 | MEDICAMENTO | ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 500 MG. C/40 TABS. / ASPIRINA. |
| 831 | MEDICAMENTO | ALPRAZOLAM .50 MG /TAFIL TABLETA |
| 832 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SOLUCION INYECTABLE AMPULAS DE 2 ML |
| 833 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SOLUCION INYECTABLE CAJA CON 10 AMPULAS DE 2 ML |
| 834 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SUSPENSIÓN DE 300 MG FRASCO DE 250 ML |
| 835 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 100 MG INY. 1 AMP. 2 ML. |
| 836 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 500 MG. INY. 1 AMP. 2 ML. |
| 837 | MEDICAMENTO | AMINOFILINA 250 MG 10 ML C/5 AMPL |
| 838 | MEDICAMENTO | AMIODARONA AMPULA 150 ML/3ML |
| 839 | MEDICAMENTO | AMLODIPINO TABLETA |
| 840 | MEDICAMENTO | AMOXICICILINA Y CLAVUNATO DE POTASIO SUSPENSIÓN PEDIÁTRICA 125 MG. 60 ML. |
| 841 | MEDICAMENTO | AMOXICICILINA Y CLAVUNATO DE POTASIO SUSPENSIÓN PEDIÁTRICA 500 MG. 5 ML. |
| 842 | MEDICAMENTO | AMOXICICILINA Y CLAVUNATO DE POTASIO TABLETAS 875 MG. CON 12 TABLETAS |
| 843 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA TABLETAS 500 MG 125 MG C/12 TABLETAS |
| 844 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1G AMPULA DE 2 ML |
| 845 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1G TABLETAS |
| 846 | MEDICAMENTO | AMPICILINA DE 250 MG/2ML |
| 847 | MEDICAMENTO | ANGLIX FRASCO CON 24 PERLAS |
| 848 | MEDICAMENTO | ANGLIX POR PERLA/NIFEDIPINO |
| 849 | MEDICAMENTO | APREZALINA TABLETA 10MG |
| 850 | MEDICAMENTO | ATROPINA AMPULA DE 1 ML |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | |
|-----|-------------|--|
| 851 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 1,000,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML |
| 852 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 400,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML |
| 853 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 5,000,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML |
| 854 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 800,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML |
| 855 | MEDICAMENTO | BETAMETAZONA AMPOLLETA |
| 856 | MEDICAMENTO | BICARBONATO DE SODIO 7.5% AMPULA DE 10 ML |
| 857 | MEDICAMENTO | BICARBONATO DE SODIO 7.5% FRASCO DE 50 ML AMP. |
| 858 | MEDICAMENTO | BISOLVON 0.2% FCO |
| 859 | MEDICAMENTO | BROMURO DE VECURONIO/ NODESCROON 4MG AMPULA |
| 860 | MEDICAMENTO | BUDESONIDA 125 GRS |
| 861 | MEDICAMENTO | BUFIGEN /NALBUFINA DE 10 MG AMPULA |
| 862 | MEDICAMENTO | BUFIGEN /NALBUFINA DE 10 MG CAJA CON 5 AMPULAS |
| 863 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA 50MG AMPULA DE 10 ML. |
| 864 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA 150MG/30ML |
| 865 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA C/EPINEFRINA POR ML |
| 866 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA C/EPINEFRINA FRASCO DE 30 ML |
| 867 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA FRASCO 30 ML |
| 868 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA PESADA AMPULA 3ML |
| 869 | MEDICAMENTO | BUPRENORFINA/CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA 30 MG/1ML AMPULA |
| 870 | MEDICAMENTO | BUSCAPINA COMPUESTA AMPOLLETA DE 20MG/2.5G/2ML |
| 871 | MEDICAMENTO | BUSCAPINA COMPUESTA TABLETAS |
| 872 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA SIMPLE 20 MG 1 ML. AMPULA |
| 873 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA SIMPLE 20 MG 1 ML. CAJA CON 3 AMPULAS |
| 874 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA TABLETAS |
| 875 | MEDICAMENTO | CAFEINA Y ERFGOTAMINA 100MG/1ML CAJA CON 20 GRAJEAS |
| 876 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 25 MG TABLETAS CAJA CON 30 TABLETAS |
| 877 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 25MG TABLETA |
| 878 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 50 MG TABLETA |
| 879 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 50 MG TABLETAS CAJA CON 30 TABLETAS |
| 880 | MEDICAMENTO | CARBON NATURAL DE 250 MG CAJA CON 100 TABLETAS |
| 881 | MEDICAMENTO | CEFALEXINA CAPSULAS 500 MG CAJA CON 12 CAPSULAS |
| 882 | MEDICAMENTO | CEFALEXINA SUSPENSION 125 MG 90ML. |
| 883 | MEDICAMENTO | CEFALOTINA SODICA 1G AMPULA DE 5 ML |
| 884 | MEDICAMENTO | CEFOTAXIMA DE 1G AMPOLLETA |
| 885 | MEDICAMENTO | CEFTAZIDIMA DE 1G SOLUCION INYECTABLE |
| 886 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA 1G IV FRASCO |
| 887 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA SOLUCION INYECTABLE DE 1 GR AMPULA DE 10 ML |
| 888 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA SOLUCION INYECTABLE 500 MG AMPULA DE 2ML |
| 889 | MEDICAMENTO | CEFUROXIMA 750 MG AMPOLLETA DE 5 ML |
| 890 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO 200MG 100ML |
| 891 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO 400 MG FRASCO DE 200 ML |
| 892 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO 500 MG TABLETAS |
| 893 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO TABLETAS DE 250MG CON 8 TABLETAS |
| 894 | MEDICAMENTO | CISAPRIDA 1MG/ML 60 ML SUSPENSION |
| 895 | MEDICAMENTO | CLARITROMICINA 125MG/5ML SUSPENSION FRASCO 125ML |
| 896 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA DE 300MG/2ML |
| 897 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA DE 600 MG |
| 898 | MEDICAMENTO | CLIOQUINAL CREMA |
| 899 | MEDICAMENTO | CLONIXINA DE LISINA/FIRAC AMPULA |
| 900 | MEDICAMENTO | CLONIXINA DE LISINA/FIRAC CAJA CON 5 AMPULAS DE 100 MG/2ML |
| 901 | MEDICAMENTO | CLONIXINATO DE LISINA/ PARGEVERINA 100 MG/7.5MG CAJA CON 6 AMPULAS |
| 902 | MEDICAMENTO | CLOPIDROGEL TABS |
| 903 | MEDICAMENTO | CLORANFENICOL SOLUCION OFTALMICA GOTERO DE 10 ML |
| 904 | MEDICAMENTO | CLORFENAMIONA TABLETAS |
| 905 | MEDICAMENTO | CLORHIDRATO DE METFORMINA 850 MG TABLETAS |
| 906 | MEDICAMENTO | CLOROTRIMETRON 10 MG /1 ML AMPULA |
| 907 | MEDICAMENTO | CLOROTRIMETRON 10 MG /1 ML CON 5 AMPULAS |
| 908 | MEDICAMENTO | CLORURO DE POTASIO/ KELEFUSIN AMPOLLETA DE 5 ML |
| 909 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SUXAMETONIO AMPULA 2 ML /JXICOLIN |
| 910 | MEDICAMENTO | DEXAMETAZONA SOLUCION AMPULA 8MG 2 ML |
| 911 | MEDICAMENTO | DEXAMETAZONA Y NEOMICINA GOTAS FRASCO DE 10 ML |
| 912 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM / VALIUM 5MG SOLUCION INYECTABLE |
| 913 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA 500 MG AMPULA DE 5 ML |
| 914 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA CAPSULAS 500MG CAJA CON 12 TABLETAS |
| 915 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA CAPSULAS 500MG TABLETAS |
| 916 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL 40MG/2ML /VONTROL AMPULAS |
| 917 | MEDICAMENTO | DIGOXINA DE 5 MG AMPULA DE 2ML |
| 918 | MEDICAMENTO | DINITRATO DE ISOSORBIDA 10MG CAJA CON 40 TABLETAS |
| 919 | MEDICAMENTO | DINITRATO DE ISOSORBIDA 5MG CAJA CON 40 TABLETAS |
| 920 | MEDICAMENTO | DOBUTAMINA DE AMPULA DE 5ML/DOBUJECT |
| 921 | MEDICAMENTO | DOBUTAMINA DE 250MG /20ML |



| | | |
|-----|-------------|--|
| 922 | MEDICAMENTO | DOPAMINA AMPOLLETA DE 5 ML DE 200MG/5ML |
| 923 | MEDICAMENTO | DOPAMINA SOLUCION INYECTABLE 40MG/ML CAJA CON 5 AMPULAS |
| 924 | MEDICAMENTO | EFEDRINA |
| 925 | MEDICAMENTO | ELECTROLITOS ORALES |
| 926 | MEDICAMENTO | ELEQUINE/LEVOFLOXACINO DE 500 MG SOLUCION INYECTABLE |
| 927 | MEDICAMENTO | ENFRAN LIQUIDO POR ML |
| 928 | MEDICAMENTO | ENOXAPARINA 20 CAJA CON 2 AMPOLLETAS |
| 929 | MEDICAMENTO | ENOXAPARINA 60 MG AMPOLLETA |
| 930 | MEDICAMENTO | EPINEFRINA DE 1G AMPULA DE 1ML |
| 931 | MEDICAMENTO | ERGOMETRINA / ERGOTRATE, ERGOTRATE .2 MG /1ML AMPULA |
| 932 | MEDICAMENTO | ERGOMETRINA / ERGOTRATE, ERGOTRATE .2 MG /1ML CAJA CON 6 AMPULAS |
| 933 | MEDICAMENTO | ERITROPOYETINA HUMANA REMCOMBINANTE 2000UI/ML /EXETIN-A AMPULA |
| 934 | MEDICAMENTO | FENITOINA SODICA SOLUCION INYECTABLE DE 250 MG AMPULA DE 5ML |
| 935 | MEDICAMENTO | FENITOINA DF H O DIFENIL HIDANTOINA . SOLUCION INYECTABLE DE 250 MG CAJA CON 5 AMPULAS |
| 936 | MEDICAMENTO | FENOBARBITAL 100 MG FRASCO CON 40 TABLETAS |
| 937 | MEDICAMENTO | FENOTEROL AMPULA |
| 938 | MEDICAMENTO | FENOTEROL AMPULA CAJA CON 5 AMPULAS |
| 939 | MEDICAMENTO | FENOTEROL TABLETAS 5MG CAJA CON 20 TABLETAS/PARTUSISTEN |
| 940 | MEDICAMENTO | FENOTEROL TABLETAS DE 5MG PZA |
| 941 | MEDICAMENTO | FENTANEST /FENODID/ FENTANIL/ 250 MG 5ML AMPULA |
| 942 | MEDICAMENTO | FINLAC SOLUCION INYECTABLE DE 3 AMPULAS |
| 943 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 10MG DE 2ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA CAJA CON 5 AMPULAS |
| 944 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 2ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA |
| 945 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 2ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA CAJA CON 5 AMPULAS |
| 946 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA DE 10MG DE 1 ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA |
| 947 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA DE 10MG DE 1 ML / VITAMINA K / KONAKION CAJA CON 5 AMPULAS |
| 948 | MEDICAMENTO | FLOROGLUCINOL/TRIMETILFLOROGLUCINOL / PANCLASA 40MG/4MG CAJA CON 5 AMPULAS |
| 949 | MEDICAMENTO | FOSFATO DE CLINDAMICINA 300 MG AMPULA DE 2 ML |
| 950 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA 20 MG AMPULA |
| 951 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA 20 MG AMPULA DE 2 ML CON AMPULA DE 5 AMPULA |
| 952 | MEDICAMENTO | GELATINA / GELAFUNDIN SOLUCION DE 500 ML. |
| 953 | MEDICAMENTO | GLUCONATO DE CALCIO 10% AMPULA DE 10 ML |
| 954 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 1000 ML PRECIO POR UNIDAD |
| 955 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 5000 ML PRECIO POR UNIDAD |
| 956 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 1000 UNIDADES FRASCO DE 5ML |
| 957 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 5000 UNIDADES FRASCO DE 5ML |
| 958 | MEDICAMENTO | HIDRALAZINA 10 MG CAJA CON 100 TABLETAS |
| 959 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA SOLUCION INYECTABLE 100 MG AMPULA DE 5 ML |
| 960 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA SOLUCION INYECTABLE 500 MG AMPULA DE 5 MIL |
| 961 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA/CLORAMFENICOL BENZOCAINA GOTAS 10ML |
| 962 | MEDICAMENTO | HIERRO DEXTRANO CAJA CON 3 AMPULAS |
| 963 | MEDICAMENTO | HIERRO POLIMATOSADO/ACIDO FOLICO CAJA CON 30 GRAJEAS |
| 964 | MEDICAMENTO | HORSIPRENALINA AMPULA |
| 965 | MEDICAMENTO | HORSIPRENALINA CAJA CON 5 AMPULAS |
| 966 | MEDICAMENTO | HYPNOMIDATE (ETOMIDATO) 20 MG AMPULA |
| 967 | MEDICAMENTO | IBUPROFENO SUSPENSION |
| 968 | MEDICAMENTO | IBUPROFENO TABLETAS DE 400 MG |
| 969 | MEDICAMENTO | IBUPROFENO TABLETAS DE 800 MG |
| 970 | MEDICAMENTO | INDOMETACINA SUPOSITORIOS CAJA CON 15 COMPRIMIDOS |
| 971 | MEDICAMENTO | INDOMETACINA SUPOSITORIOS PIEZA |
| 972 | MEDICAMENTO | INSULINA HUMANA R AMPULA DE 10 ML |
| 973 | MEDICAMENTO | INSULINA HUMANA N AMPULA DE 10 ML |
| 974 | MEDICAMENTO | INSULINA HUMANA N Y R PRECIO POR UNIDAD |
| 975 | MEDICAMENTO | IRATROPIO/SALBUTAMOL/COMBIVENT AMPULA DE 2.5ML |
| 976 | MEDICAMENTO | IRATROPIO/SALBUTAMOL/COMBIVENT CAJA CON 10 AMPULAS DE 2.5ML |
| 977 | MEDICAMENTO | KETAMINA FRASCO AMPULA 500MG/10ML |
| 978 | MEDICAMENTO | KETAMINA FRASCO AMPULA CAJA CON 6 AMP/2ML |
| 979 | MEDICAMENTO | KETOPROFENO (AMPULA) |
| 980 | MEDICAMENTO | KETOPROFENO CAJA CON 6 AMPULAS DE 2ML |
| 981 | MEDICAMENTO | KETOROLACO 30 MG CAJA CON 3 AMPULAS DE 1 ML |
| 982 | MEDICAMENTO | KETOROLACO 30 MG TABLETA SUBLINGUAL CAJA CON 4 TABLETAS |
| 983 | MEDICAMENTO | KETOROLACO AMPULA DE 1 ML |
| 984 | MEDICAMENTO | KETOROLACO TABLETAS DE 10 MG |
| 985 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 1% FRASCO DE 50 ML |
| 986 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 1% POR ML |
| 987 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% CON EPINEFRINA FRASCO DE 50 ML. |
| 988 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% CON EPINEFRINA POR ML. |
| 989 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% FRASCO DE 50 ML |
| 990 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% POR ML |
| 991 | MEDICAMENTO | MELOXICAM / MOBICOX 15 MG/1.5ML CON 3 AMPULAS |
| 992 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 1G/2ML CAJA CON 3 AMPULAS |

| | | |
|------|-------------|---|
| 993 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 2.5 G DE AMPULA DE 5 ML |
| 994 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO EN TABLETAS |
| 995 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO EN TABLETAS CAJA CON 10 TABLETAS |
| 996 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 2G/4ML AMPULA / PRODOLINA |
| 997 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 2G/4ML CAJA CON 5 AMPULAS /PRODOLINA |
| 998 | MEDICAMENTO | METFORMINA 850MG /FICONAX CAJA CON 30 TABLETAS |
| 999 | MEDICAMENTO | METFORMINA GLIBENCLAMIDA/ NORFABEN 2.5MG CAJA CON 30 TABLETAS |
| 1000 | MEDICAMENTO | METILDOPA 250MG TABLETA |
| 1001 | MEDICAMENTO | METILDOPA 250MG TABLETAS CAJA CON 50 TABLETAS |
| 1002 | MEDICAMENTO | METILPREDNISOLONA / SOLUMEDROL 500MG/4ML 1 FRASCO AMPULA |
| 1003 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA DE 10 MG AMPULA DE 2 ML |
| 1004 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA DE 10 MG AMPULA DE 2 ML CAJA CON 6 AMP. |
| 1005 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA TABLETAS |
| 1006 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL 500 MG SOLUCION INYECTABLE DE 100 ML |
| 1007 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL FRASCO DE 100 ML |
| 1008 | MEDICAMENTO | MICONAZOL CREMA |
| 1009 | MEDICAMENTO | MIDAZOLAM / DORMICUM AMPULA DE 5 MG DE 5 ML |
| 1010 | MEDICAMENTO | MIDAZOLAM / DORMICUM CAJA CON 5 AMPULAS DE 5 MG DE 5 ML |
| 1011 | MEDICAMENTO | MISOPROSTOL 200MG TABLETAS / CYTOTEC |
| 1012 | MEDICAMENTO | MVI /MULTIVITAMINICO /DEXTREVIT SOLUCION ADULTO |
| 1013 | MEDICAMENTO | MVI /MULTIVITAMINICO /DEXTREVIT SOLUCION PEDIATRICO |
| 1014 | MEDICAMENTO | NALBUFINA/ BUFIGEN 10MG CAJA CON 5 AMPULAS DE 1ML |
| 1015 | MEDICAMENTO | NALBUFINA/ BUFIGEN AMPULA |
| 1016 | MEDICAMENTO | NALOXONA AMPULA/NORCAREX 2MG/2ML |
| 1017 | MEDICAMENTO | NAPROXENO TABLETAS |
| 1018 | MEDICAMENTO | NEOSTIGMINA .5MG/ 1ML AMPULA /PROSTIGMINE |
| 1019 | MEDICAMENTO | NEOSTIGMINA .5MG/ 1ML CAJA CON 6 AMPULAS /PROSTIGMINE |
| 1020 | MEDICAMENTO | NIFEDIGEL 10 MG CAPSULAS CON 20 |
| 1021 | MEDICAMENTO | NIMESULIDA 100 MG CAJA DE TABLETAS |
| 1022 | MEDICAMENTO | NIMESULIDA SUSPENSIÓN 1G DE 60ML |
| 1023 | MEDICAMENTO | NITRADICS PARCHES DE 10 MG PIEZA |
| 1024 | MEDICAMENTO | NITRADICS PARCHES DE 5 MG CON 7 PIEZAS |
| 1025 | MEDICAMENTO | NITRADICS PARCHES DE 5 MG PIEZA |
| 1026 | MEDICAMENTO | NITROFURACIN POMADA 450 GRs |
| 1027 | MEDICAMENTO | NOREPINEFRINA 4MG AMPULA DE 4 ML |
| 1028 | MEDICAMENTO | OMEPRAZOL (PENTREN, TARZOL) FRASCO 40 MG |
| 1029 | MEDICAMENTO | ONDASENTRON 2MG/4ML CON 1 AMPULA |
| 1030 | MEDICAMENTO | ONDASENTRON DE 2MG/2ML CON 1 AMPULA |
| 1031 | MEDICAMENTO | OXITOCINA AMPULA DE 2 ML |
| 1032 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM / VALIUM 5MG SOLUCION INYECTABLE |
| 1033 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL SUPOSITARIOS 100MG |
| 1034 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL SUPOSITARIOS 300MG |
| 1035 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL TABLETAS CAJA CON 10 |
| 1036 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL GOTAS PEDIATRICAS |
| 1037 | MEDICAMENTO | PASTA LASSAR CREMA |
| 1038 | MEDICAMENTO | PENTOXIFILINA SOLUCION INYECTABLE AMPULA (TRENTAL) |
| 1039 | MEDICAMENTO | PENTOXIFILINA SOLUCION INYECTABLE CAJA CON 4 AMPULAS (TRENTAL) |
| 1040 | MEDICAMENTO | PROSTIGMINE AMPULA DE 5MG |
| 1041 | MEDICAMENTO | PROSTIGMINE CAJA CON 6 AMPULAS DE 5MG |
| 1042 | MEDICAMENTO | RANITIDINA DE 50 MG AMPULA 2ML |
| 1043 | MEDICAMENTO | RECOFOL PROPOFOL 10 MG AMPULA 20 ML |
| 1044 | MEDICAMENTO | RIOPAN GEL |
| 1045 | MEDICAMENTO | SALBUTAMOL SOLUCION |
| 1046 | MEDICAMENTO | SENOSIDOS A Y B Y CONCENTRADO DE CIRUELA /LAXACAPS CAJA CON 30 PERLAS |
| 1047 | MEDICAMENTO | SENOSIDOS A Y B Y CONCENTRADO DE CIRUELA /LAXACAPS POR PZA |
| 1048 | MEDICAMENTO | SEVOFLUORANO LIQUIDO PRECIO POR ML |
| 1049 | MEDICAMENTO | SINTRUM PLANTAGON TABLETAS |
| 1050 | MEDICAMENTO | SOLUMEDROL FRASCO AMPULA DE 500ML G |
| 1051 | MEDICAMENTO | SULFADINA DE PLATA TARRO DE 28 G. |
| 1052 | MEDICAMENTO | SULFATO DE MAGNESIO MAGNEFUSIN (MAGNEFUSIN) |
| 1053 | MEDICAMENTO | SUPLEMENTO ALIMENTICIO ENTEREX |
| 1054 | MEDICAMENTO | SUTIRAL AMPOLLETAS CON 3 AMPULAS |
| 1055 | MEDICAMENTO | TELMISARTAN TABLETAS |
| 1056 | MEDICAMENTO | TEMGESIC AMPULA 0.3 MG |
| 1057 | MEDICAMENTO | TEMGESIC AMPULA CAJA DE 6 AMPOLLETAS 0.3 MG |
| 1058 | MEDICAMENTO | TOXOIDE TETANICO CAJA CON AMPOLLETA |
| 1059 | MEDICAMENTO | TOXOIDE TETANICO CAJA CON 3 AMPOLLETAS |
| 1060 | MEDICAMENTO | TRADOL 100 /2ML AMPOLLETA |
| 1061 | MEDICAMENTO | TRADOL 100 /2ML CON 5 AMPOLLETAS |
| 1062 | MEDICAMENTO | TRADOL 50 MG/1ML AMPOLLETA |
| 1063 | MEDICAMENTO | TRADOL 50 MG/1ML CAJA CON 3 AMPOLLETAS |

| | | |
|------|-------------|--|
| 1064 | MEDICAMENTO | TRAMADOL 50MG AMPOLLETA CAJA CON 3 AMPULAS |
| 1065 | MEDICAMENTO | TRIMEBUTINA DE AMPOLLETA CON 5ML |
| 1066 | MEDICAMENTO | TRIMEBUTINA DE 5 ML CAJA CON 6 AMPOLLETAS |
| 1067 | MEDICAMENTO | TRIMETROPIN CON SULFAMETAZOL TABLETAS |
| 1068 | MEDICAMENTO | TRIMEXAZOL SOLUCION INYECTABLE ampula 160 ML 800MG/3ML |
| 1069 | MEDICAMENTO | TRIMEXAZOL SOLUCION INYECTABLE CAJA CON 6 160 ML 800MG/3ML |
| 1070 | MEDICAMENTO | TRINERGOT GRAGEAS CAJA CON 20 TABLETAS |
| 1071 | MEDICAMENTO | VALIUM/ DIAZEPAM AMPULA DE 5 MG |
| 1072 | MEDICAMENTO | VERAPAMILO AMPULA DE 2ML |
| 1073 | MEDICAMENTO | VONTROL (AMPULA CAJA CON 3 AMPULAS) |
| 1074 | MEDICAMENTO | XILOCAINA SPRAY 10% FRASCO DE 115 ML |
| 1075 | MEDICAMENTO | XILOCAINA SPRAY 10% POR ML |

ANEXO 11

SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA

ZONAS DONDE SE LLEVARÁ EL SERVICIO

| MUNICIPIO | KILÓMETROS |
|-----------------------|--------------|
| ACATLÁN DE OSORIO | 158 |
| ATLIXCO | 35 |
| CIUDAD SERDÁN | 115 |
| CHIGNAHUAPAN | 111 |
| CHOLULA | 33 |
| HUAUCHINANGO | 172 |
| HUEJOTZINGO | 48 |
| IZÚCAR DE MATAMOROS | 71 |
| SAN MARTÍN TEXMELUCAN | 53 |
| TECAMACHALCO | 58 |
| TEHUACÁN | 132 |
| TEPEACA | 36 |
| TEZIUTLÁN | 160 |
| TLATALUQUITEPEC | 132 |
| XICOTEPEC DE JUÁREZ | 190 |
| ZACAPOAXTLA | 137 |
| ZACATLÁN | 127 |
| CIUDAD DE PUEBLA | POR SERVICIO |
| CIUDAD DE MÉXICO | 160 |

ANEXO 12

SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA

RECURSOS FÍSICOS DE APOYO AMBULANCIAS BÁSICAS

I. Equipo básico.

1. Cinturones de seguridad en todos los asientos.
2. Equipo básico de herramientas de mano.
3. Equipo básico de señalización que incluya traficonos y triángulos reflejantes.
4. Juego de cables pasa-corriente.
5. Lámpara portátil de emergencia.
6. Neumático de refacción con accesorios (gato y llave de cruz).
7. Un extintor contra fuego tipo ABC, como mínimo.
8. Equipo de Comunicación Funcionando.

II. Equipo médico.

1. Carro camilla.
2. Férula Cervico Dorso Lumbo Sacro Coxigea.
3. Carro Marina de lona.
4. Juego de férulas.
5. Tanque de Oxígeno y Mascarillas o Puntas nasales.
6. Bolsa Válvula Mascarilla.
7. Esfigmomanómetro aneroides con brazaletes para adulto y pediátrico.
8. Estetoscopio biauricular.

III. Insumos.

1. Apósitos, gasas estériles y no estériles.
2. Cobertores.
3. Cómodo.
4. Contenedor rígido de color rojo para material punzocortante, bolsa roja y bolsa amarilla para RPBI.
5. Desinfectante para manos.
6. Desinfectante para equipos y superficies.
7. Equipo desechable para venoclisis con normogotero y microgotero.
8. Guantes estériles, no estériles y cubre bocas.
9. Jabón quirúrgico.
10. Jeringas desechables de 3, 5, 10 y 20 mililitros y agujas 20 x 32 o 22 x 32.
11. Jeringas con aguja para insulina.
12. Ligaduras.
13. Pato orinal.
14. Puntas nasales para oxígeno, mascarilla con bolsa reservorio y mascarilla simple; en tamaños adulto y pediátrico.
15. Riñón.
16. Sábanas.
17. Sondas de aspiración suaves.
18. Tela adhesiva.
19. Torundas secas y torundas con alcohol.
20. Vendas elásticas de 5, 10, 20 y 30 centímetros de ancho.
21. Bolsa amarilla para RPBI.
22. Cánula de yankauer.
23. Guía para identificación de materiales peligrosos.
24. Sábana térmica.
25. Sábana para quemados.

ANEXO 13

SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA

RECURSOS FÍSICOS DE APOYO AMBULANCIAS CUIDADOS INTENSIVOS

IV. Equipo básico.

9. Cinturones de seguridad en todos los asientos.
10. Equipo básico de herramientas de mano.
11. Equipo básico de señalización que incluya traficonos y triángulos reflejantes.
12. Juego de cables pasa-corriente.
13. Lámpara portátil de emergencia.
14. Neumático de refacción con accesorios (gato y llave de cruz).
15. Un extintor contra fuego tipo ABC, como mínimo.
16. Equipo de Comunicación Funcionando.

V. Equipo médico.

9. Carro camilla.
10. Férula Cervico Dorso Lumbo Sacro Coxigea.
11. Carro Marina de lona.
12. Juego de férulas.
13. Tanque de Oxígeno y Mascarillas o Puntas nasales.
14. Bolsa Válvula Mascarilla.
15. Esfigmomanómetro anerode con brazaletes para adulto y pediátrico.
16. Estetoscopio biauricular.
17. Monitor y Desfibrilador o Desfibrilador Externo (DEA)
18. Laringoscopio y kit de Intubación.
19. Ventilador Automático.

VI. Insumos.

26. Apósitos, gasas estériles y no estériles.
27. Cobertores.
28. Cómodo.
29. Contenedor rígido de color rojo para material punzocortante, bolsa roja y bolsa amarilla para RPBI.
30. Desinfectante para manos.
31. Desinfectante para equipos y superficies.
32. Equipo desechable para venoclisis con normogotero y microgotero.
33. Guantes estériles, no estériles y cubre bocas.
34. Jabón quirúrgico.
35. Jeringas desechables de 3, 5, 10 y 20 mililitros y agujas 20 x 32 o 22 x 32.
36. Jeringas con aguja para insulina.
37. Ligaduras.
38. Pato orinal.
39. Puntas nasales para oxígeno, mascarilla con bolsa reservorio y mascarilla simple; en tamaños adulto y pediátrico.
40. Riñón.
41. Sábanas.
42. Sondas de aspiración suaves.
43. Tela adhesiva.
44. Torundas secas y torundas con alcohol.
45. Vendas elásticas de 5, 10, 20 y 30 centímetros de ancho.
46. Bolsa amarilla para RPBI.
47. Cánula de yankauer.
48. Guía para identificación de materiales peligrosos.
49. Sábana térmica.
50. Sábana para quemados.

ANEXO 14

SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA

INFORME MENSUAL DE TRASLADOS

| NÚMERO | FECHA | NOMBRE | AFILIACIÓN | ADSCRIPCIÓN TIPO DE TRASLADO | DX | ORIGEN | DESTINO | SOLICITANTE | AUTORIZACIÓN |
|--------|-------|--------|------------|------------------------------|----|--------|---------|-------------|--------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

ANEXO 15

SERVICIO DE TRASLADO DE EN AMBULANCIA

DIRECTORIO DE RESPONSABLES DE RECEPCIÓN DE SOLICITUDES DE ATENCIÓN

| MUNICIPIOS | TELÉFONO (FIJO) | NOMBRE DE CONTACTO O ENLACE | CELULAR |
|-----------------------|-----------------|-----------------------------|---------|
| ACATLÁN DE OSORIO | | | |
| ATLIXCO | | | |
| CIUDAD SERDÁN | | | |
| CHIGNAHUAPAN | | | |
| CHOLULA | | | |
| HUAUCHINANGO | | | |
| HUEJÓTZINGO | | | |
| IZÚCAR DE MATAMOROS | | | |
| SAN MARTÍN TEXMELÚCAN | | | |
| TECAMACHALCO | | | |
| TEHUACÁN | | | |
| TEPEACA | | | |
| TEZIUTLÁN | | | |
| TLATLAUQUITEPEC | | | |
| XICOTEPEC DE JUÁREZ | | | |
| ZACAPOAXTLA | | | |
| ZACATLÁN | | | |
| CIUDAD DE PUEBLA | | | |
| CIUDAD DE MEXICO | | | |

ANEXO 16

SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA

DIRECTORIO DEL PERSONAL QUE PARTICIPE EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (MÉDICOS Y TAMP'S)

| MUNICIPIOS | NOMBRE Y TELÉFONO CELULAR DEL PERSONAL MÉDICO | NOMBRE Y TELÉFONO CELULAR DE LOS TÉCNICOS EN ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA (TAMP) |
|-----------------------|---|---|
| ACATLÁN DE OSORIO | | |
| ATLIXCO | | |
| CIUDAD SERDÁN | | |
| CHIGNAHUAPAN | | |
| CHOLULA | | |
| HUAUCHINANGO | | |
| HUEJOTZINGO | | |
| IZÚCAR DE MATAMOROS | | |
| SAN MARTÍN TEXMELÚCAN | | |
| TECAMACHALCO | | |
| TEHUACÁN | | |
| TEPEACA | | |
| TEZIUTLÁN | | |
| TLATLAUQUITEPEC | | |
| XICOTEPEC DE JUÁREZ | | |
| ZACAPOAXTLA | | |
| ZACATLÁN | | |
| CIUDAD DE PUEBLA | | |
| CIUDAD DE MÉXICO | | |

ANEXO 17

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EN TEHUACÁN

| NO. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO |
|-----|------------------|--------------------------|
| 1 | SERVICIO | 7 SESIONES |

ANEXO 18

PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PARTIDA 1

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN TECAMACHALCO

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 120 | 280 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 50 | 120 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUÍNEO Y RH. | 5 | 10 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 5 | 10 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 5 | 10 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 160 | 380 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 110 | 270 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 110 | 270 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 130 | 310 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 140 | 330 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 10 | 10 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 130 | 320 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPÁTICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 5 | 10 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 5 | 10 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 5 | 10 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 10 | 10 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 10 | 10 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 10 | 10 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 10 | 10 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 5 | 20 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 120 | 280 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 10 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 5 | 10 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 5 | 10 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 5 | 10 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 5 | 10 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 20 | 50 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 5 | 10 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 5 | 10 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 5 | 10 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLÓGICA DEL EMBARAZO | 5 | 10 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 5 | 10 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 5 | 10 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 5 | 10 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 5 | 10 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 5 | 10 | | | | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------|--|----|----|-----------------|--|--|--|
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES | 5 | 10 | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 5 | 10 | | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 5 | 10 | | | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 5 | 10 | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 5 | 10 | | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 20 | 30 | | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 20 | 30 | | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 20 | 30 | | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 20 | 30 | | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 1 | 1 | | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 1 | 1 | | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 1 | 1 | | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 10 | 10 | | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICIA | 10 | 10 | | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | 10 | 10 | | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTIGENO PROSTATICO | 10 | 10 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 19

PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PARTIDA 2

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN SAN MARTÍN TEXMELUCAN

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 260 | 630 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 5 | 10 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUÍNEO Y RH. | 5 | 10 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 5 | 20 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 10 | 20 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 200 | 500 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 160 | 400 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 160 | 400 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 200 | 500 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 200 | 500 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 10 | 10 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 200 | 500 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 5 | 10 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 5 | 10 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 5 | 10 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 5 | 10 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 20 | 30 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 20 | 30 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 5 | 10 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 5 | 10 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 160 | 400 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 20 | 30 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 20 | 30 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 5 | 10 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 5 | 10 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 5 | 10 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 60 | 140 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL. | 5 | 10 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 5 | 10 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 5 | 10 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO | 5 | 10 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 5 | 10 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 5 | 10 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 5 | 10 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 5 | 10 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 5 | 10 | | | | | |

| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | |
|--------------------------|---------|---|---|----|-----------------|--|--|
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES | 5 | 10 | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 5 | 10 | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 5 | 10 | | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 5 | 10 | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 5 | 10 | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 5 | 10 | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 5 | 10 | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 5 | 10 | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 5 | 10 | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 5 | 10 | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 5 | 10 | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 5 | 10 | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 5 | 10 | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA | 5 | 10 | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | 5 | 10 | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 5 | 10 | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | |
| | | | | | IVA | | |
| | | | | | TOTAL | | |

ANEXO 20

PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PARTIDA 3

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN TEPEXI DE RODRÍGUEZ

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 50 | 120 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 5 | 10 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUÍNEO Y RH. | 5 | 10 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 5 | 10 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 5 | 10 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 50 | 120 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 20 | 50 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 50 | 120 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 20 | 50 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 20 | 50 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 10 | 10 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 10 | 10 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 5 | 10 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 5 | 10 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 5 | 10 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 5 | 10 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 5 | 10 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 5 | 10 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 5 | 10 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 5 | 10 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 50 | 120 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 10 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 5 | 30 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 5 | 10 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 5 | 10 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 5 | 10 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 20 | 50 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 5 | 10 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 5 | 10 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 5 | 10 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLÓGICA DEL EMBARAZO | 5 | 20 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 5 | 10 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 5 | 10 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 5 | 10 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 5 | 5 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 5 | 5 | | | | | |

| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | |
|--------------------------|---------|--|---|---|-----------------|--|--|--|
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES | 5 | 5 | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 5 | 5 | | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 5 | 5 | | | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 5 | 5 | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 5 | 5 | | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 5 | 5 | | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 5 | 5 | | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 5 | 5 | | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 5 | 5 | | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 5 | 5 | | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 5 | 5 | | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 5 | 5 | | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 5 | 5 | | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNIC | 5 | 5 | | | | |
| | | | 5 | 5 | | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | 5 | 5 | | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 5 | 5 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 21

PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PARTIDA 4

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN CIUDAD SERDÁN

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|--|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 20 | 50 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 2 | 5 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUÍNEO Y RH. | 2 | 5 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 2 | 5 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 2 | 5 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 20 | 50 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 20 | 50 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 20 | 50 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO ÚRICO | 40 | 50 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 80 | 190 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 10 | 10 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICÉRIDOS | 70 | 180 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 2 | 5 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 2 | 5 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 2 | 5 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 2 | 5 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 2 | 5 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 2 | 5 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 2 | 5 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 2 | 5 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 80 | 210 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 2 | 5 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 2 | 5 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 2 | 5 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 2 | 5 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 2 | 5 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 180 | 450 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 20 | 50 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 20 | 50 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 10 | 10 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLÓGICA DEL EMBARAZO | 20 | 60 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 10 | 30 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 10 | 40 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICÉRIDOS | 20 | 50 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 2 | 5 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 2 | 5 | | | | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES | 30 | 90 | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 20 | 50 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------|---|----|----|-----------------|--|--|--|
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 20 | 50 | | | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 20 | 50 | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 2 | 5 | | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 20 | 50 | | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 20 | 50 | | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 20 | 50 | | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 20 | 50 | | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 2 | 5 | | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 2 | 5 | | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 2 | 5 | | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 2 | 5 | | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA | 2 | 5 | | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | 2 | 5 | | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 2 | 5 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 22

PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PARTIDA 5

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN LIBRES

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|--|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 5 | 20 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 2 | 5 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUÍNEO Y RH. | 2 | 5 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 2 | 5 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 2 | 5 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 30 | 80 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 2 | 5 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 2 | 5 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 2 | 5 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 60 | 90 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 2 | 5 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 2 | 5 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 2 | 5 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 2 | 5 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 2 | 5 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 2 | 5 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 2 | 5 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 2 | 5 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 2 | 5 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 2 | 5 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 5 | 20 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 2 | 5 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 2 | 5 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 2 | 5 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 2 | 5 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 2 | 5 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 2 | 5 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 2 | 5 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 2 | 5 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 2 | 5 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO | 2 | 5 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 2 | 5 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 2 | 5 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 10 | 20 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 2 | 5 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 2 | 5 | | | | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES | 2 | 5 | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 2 | 5 | | | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 2 | 5 | | | | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 2 | 5 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION RENAL | | | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 | 2 | 5 | | | | | |

| | | HORAS | | | | | |
|-------------------------------|---------|---|---|---|-----------------|--|--|
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 2 | 5 | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 2 | 5 | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 2 | 5 | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 2 | 5 | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 2 | 5 | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 2 | 5 | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 2 | 5 | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 2 | 5 | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA | 2 | 5 | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | 2 | 5 | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 2 | 5 | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | |
| | | | | | IVA | | |
| | | | | | TOTAL | | |

ANEXO 23

PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PARTIDA 6

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS IZÚCAR EN MATAMOROS

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|--|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 160 | 400 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 10 | 20 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUÍNEO Y RH. | 10 | 10 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 10 | 20 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 10 | 20 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 180 | 440 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 100 | 240 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 100 | 250 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 80 | 200 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 160 | 390 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 10 | 10 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 150 | 370 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 10 | 10 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 10 | 10 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 10 | 10 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 10 | 10 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 10 | 10 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 10 | 10 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 10 | 10 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 20 | 40 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 210 | 510 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 10 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 20 | 30 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 10 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 10 | 20 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 20 | 30 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 50 | 120 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 20 | 50 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 20 | 50 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 10 | 10 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO | 10 | 20 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 10 | 10 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 10 | 10 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 10 | 10 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 10 | 20 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 20 | 50 | | | | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES | 40 | 90 | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 40 | 90 | | | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 10 | 10 | | | | | |

| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | |
|--------------------------|---------|--|----|----|-----------------|--|--|
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 10 | 10 | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 10 | 10 | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 10 | 10 | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 10 | 10 | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 10 | 10 | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 10 | 10 | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICAS | 10 | 10 | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | 10 | 10 | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 20 | 50 | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | |
| | | | | | IVA | | |
| | | | | | TOTAL | | |

ANEXO 24

PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PARTIDA 7

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN ACATLÁN DE OSORIO

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|--|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 70 | 70 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 2 | 5 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUÍNEO Y RH. | 2 | 5 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 2 | 5 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 2 | 5 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 80 | 200 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 50 | 130 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 10 | 130 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 40 | 110 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 80 | 210 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 10 | 10 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 80 | 200 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 2 | 5 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 2 | 5 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 2 | 5 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 2 | 5 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 2 | 5 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 2 | 5 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 2 | 5 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 2 | 5 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 60 | 140 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 10 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 10 | 30 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 2 | 5 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 2 | 5 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 2 | 5 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 10 | 20 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 2 | 5 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 2 | 5 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 2 | 5 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLÓGICA DEL EMBARAZO | 2 | 5 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 2 | 5 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 2 | 5 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 60 | 150 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 2 | 5 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 2 | 5 | | | | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES | 10 | 20 | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 10 | 10 | | | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 10 | 30 | | | | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------|--|----|----|-----------------|--|--|--|
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 10 | 5 | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 10 | 5 | | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 2 | 5 | | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 2 | 5 | | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 2 | 5 | | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 2 | 5 | | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 2 | 5 | | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 2 | 5 | | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 2 | 5 | | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 2 | 5 | | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICAS | 2 | 5 | | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL | 2 | 5 | | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 10 | 20 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 25

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 8

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN CHIAUTLA DE TAPIA

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|--|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 40 | 100 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 5 | 10 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUINEO Y RH. | 5 | 10 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 5 | 10 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 5 | 10 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 50 | 120 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 40 | 90 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 40 | 90 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 20 | 40 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 5 | 10 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 5 | 10 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 40 | 100 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 5 | 10 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 5 | 10 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 5 | 10 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 5 | 10 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 5 | 10 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 5 | 10 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 5 | 10 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 10 | 20 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 10 | 20 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 5 | 10 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 5 | 10 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 5 | 10 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 5 | 10 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 5 | 10 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 5 | 10 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 5 | 10 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 5 | 10 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 5 | 10 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO | 5 | 10 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 5 | 10 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 4 | 10 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 5 | 10 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 5 | 10 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 5 | 10 | | | | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES | 5 | 10 | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 5 | 10 | | | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 10 | 20 | | | | | |

| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | |
|--------------------------|---------|--|---|----|-----------------|--|--|
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 5 | 10 | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 5 | 10 | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 5 | 10 | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 5 | 10 | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 5 | 10 | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 5 | 10 | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 5 | 10 | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE JGG | 5 | 10 | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 5 | 10 | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 5 | 10 | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICAS | 5 | 10 | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | 5 | 10 | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 5 | 10 | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | |
| | | | | | IVA | | |
| | | | | | TOTAL | | |

ANEXO 26

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 9

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN ATLIXCO

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 60 | 140 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 10 | 10 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUINEO Y RH. | 10 | 10 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 10 | 10 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 10 | 10 | | | | | |
| QUIMICA CLINICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 80 | 200 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 30 | 70 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 40 | 100 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 40 | 110 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 80 | 200 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 10 | 10 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 80 | 200 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 10 | 10 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 10 | 10 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 10 | 10 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 10 | 10 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 10 | 10 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 10 | 10 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 10 | 10 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 10 | 10 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 80 | 210 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 10 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 10 | 10 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 10 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 10 | 10 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 10 | 30 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 20 | 50 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 10 | 10 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 10 | 10 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 10 | 10 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO | 10 | 210 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 10 | 10 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 10 | 10 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 80 | 200 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 10 | 10 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 10 | 10 | | | | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA | 10 | 10 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------|--|----|----|-----------------|--|--|--|
| | | TIROIDES | | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 10 | 10 | | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 10 | 10 | | | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 10 | 10 | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 10 | 10 | | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 10 | 10 | | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 10 | 10 | | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 10 | 10 | | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 10 | 10 | | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 10 | 10 | | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 10 | 10 | | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 10 | 10 | | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 10 | 10 | | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNIC | 10 | 10 | | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | 10 | 10 | | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 10 | 10 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 27

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 10

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN TEHUACÁN

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 400 | 980 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 10 | 20 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUINEO Y RH. | 40 | 100 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 40 | 90 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 40 | 90 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 440 | 1080 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 200 | 480 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 240 | 590 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 180 | 440 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 340 | 830 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 10 | 10 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 330 | 820 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 20 | 50 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 20 | 50 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 20 | 50 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 20 | 40 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 20 | 50 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 10 | 10 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 20 | 40 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 190 | 460 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 390 | 960 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 40 | 90 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 20 | 50 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 10 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 10 | 10 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 20 | 40 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 20 | 30 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 30 | 70 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 30 | 70 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 10 | 10 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO | 20 | 40 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 10 | 20 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 10 | 20 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 10 | 20 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 20 | 30 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 20 | 50 | | | | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA | 40 | 90 | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---------|---|----|----|-----------------|--|--|
| | | TIROIDES | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 40 | 90 | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 40 | 90 | | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 10 | 20 | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 10 | 20 | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 10 | 20 | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 10 | 10 | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 10 | 10 | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 10 | 10 | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA | 10 | 10 | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | 10 | 10 | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTIGENO PRÓSTÁTICO | 40 | 90 | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | |
| | | | | | IVA | | |
| | | | | | TOTAL | | |

ANEXO 28

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 11

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN HUAUCHINANGO

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 410 | 1010 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 10 | 20 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUINEO Y RH. | 10 | 20 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 40 | 100 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 40 | 100 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 480 | 1180 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 280 | 680 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 350 | 860 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 300 | 740 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 430 | 1070 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 10 | 20 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 410 | 1020 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 40 | 80 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 40 | 80 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 40 | 80 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 40 | 80 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 40 | 80 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 40 | 80 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 30 | 60 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 70 | 160 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 390 | 970 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 20 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 40 | 80 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 20 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 10 | 20 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 10 | 20 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 10 | 20 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 10 | 20 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 10 | 20 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 10 | 10 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO | 20 | 40 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 10 | 20 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 10 | 20 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 10 | 20 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 10 | 20 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------|---|----|----|-----------------|--|--|--|
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 10 | 20 | | | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES | 40 | 90 | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 40 | 90 | | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 40 | 90 | | | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 10 | 10 | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 10 | 10 | | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 20 | 30 | | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 20 | 30 | | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 20 | 30 | | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 10 | 20 | | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 10 | 10 | | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 10 | 10 | | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 10 | 10 | | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 10 | 10 | | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA | 10 | 10 | | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | 10 | 10 | | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 20 | 50 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 29

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 12

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN TLATLAUQUITEPEC

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 200 | 490 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 20 | 40 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUINEO Y RH. | 20 | 30 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 20 | 40 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 20 | 40 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 370 | 920 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 330 | 820 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 330 | 820 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 310 | 760 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 350 | 860 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 20 | 30 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 340 | 840 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 40 | 90 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 40 | 90 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 40 | 90 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 30 | 70 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 40 | 90 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 40 | 90 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 20 | 50 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 100 | 230 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 230 | 570 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 20 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 30 | 60 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 20 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 10 | 20 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 10 | 20 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 10 | 20 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 20 | 30 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 10 | 20 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 10 | 20 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO | 20 | 30 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 10 | 20 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 10 | 20 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 10 | 20 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 10 | 20 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 20 | 30 | | | | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA | 50 | 110 | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---------|--|----|-----|-----------------|--|--|
| | | TIROIDES | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 50 | 110 | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 50 | 110 | | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION RENAL | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 20 | 30 | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 20 | 30 | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 20 | 30 | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 10 | 20 | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 10 | 10 | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 10 | 10 | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 10 | 10 | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNIC | 10 | 10 | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | 10 | 10 | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 20 | 50 | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | |
| | | | | | IVA | | |
| | | | | | TOTAL | | |

ANEXO 30

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 13

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS ZACATLÁN

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|-------------|--------------------|
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 330 | 810 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 10 | 10 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | GPO. SANGUINEO Y RH. | 20 | 30 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 30 | 60 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 30 | 60 | | | | | |
| QUÍMICA CLÍNICA | | | | | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | GLUCOSA | 570 | 1420 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | UREA | 230 | 570 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | CREATININA | 350 | 860 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 330 | 820 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 500 | 1230 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | AMILASA | 10 | 20 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 480 | 1200 | | | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | | | | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 40 | 80 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 30 | 60 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 30 | 60 | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 30 | 70 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | AST-TGO | 40 | 90 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | ALT-TGP | 40 | 90 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 20 | 40 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 120 | 300 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 350 | 870 | | | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | CPS. SERIADO DE 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 10 | 20 | | | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 20 | 50 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | BAAR 1, 2 Y 3 MUESTRAS | 20 | 30 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 10 | 20 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 10 | 20 | | | | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 20 | 30 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | VDRL | 10 | 20 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | VIH | 20 | 30 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 10 | 20 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO | 20 | 50 | | | | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 20 | 30 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 20 | 30 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 20 | 30 | | | | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 10 | 20 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 10 | 20 | | | | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA | 90 | 210 | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---------|---|----|-----|-----------------|--|--|
| | | TIROIDES | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | T3 TIROXINA LIBRE Y TOTAL | 80 | 190 | | | |
| 39 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA LIBRE Y TOTAL | 80 | 200 | | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 20 | 30 | | | |
| 43 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 20 | 30 | | | |
| 44 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 20 | 30 | | | |
| 45 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS PARA EL DENGUE | | | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE NS1 | 10 | 10 | | | |
| 47 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG | 10 | 10 | | | |
| 48 | ESTUDIO | ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGM | 10 | 10 | | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | LIPASA | 10 | 10 | | | |
| 50 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA | 10 | 10 | | | |
| 51 | ESTUDIO | EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL | 10 | 10 | | | |
| 52 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 40 | 100 | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | |
| | | | | | IVA | | |
| | | | | | TOTAL | | |

ANEXO 31

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 14

ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA Y RAYOS X EN TECAMACHALCO

| NO. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|--------------------|------------------|---|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| ULTRASONIDO | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR | 5 | 9 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PELVICO | 5 | 9 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | ULTRASONIDO OBSTETRICO | 5 | 9 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | ULTRASONIDO HIGADO Y VIAS BILIARES | 5 | 9 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | ULTRASONIDO MAMARIO | 5 | 9 | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESPLENICO | 5 | 9 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | ULTRASONIDO POR REGION | 5 | 9 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMINAL | 5 | 9 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ULTRASONIDO DE ABDOMEN Y PELVIS | 5 | 9 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESCROTAL | 5 | 9 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | ULTRASONIDO TESTICULAR | 5 | 9 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | ULTRASONOGRAFIA PROSTÁTICO | 5 | 9 | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PARTE BLANDAS | 5 | 9 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ENDOVAGINAL | 5 | 9 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | ULTRASONIDO RENAL Y VESICAL | 5 | 9 | | | | | |
| RAYOS X | | | | | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | RX POR DISPARO | 2 | 5 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | RX AP Y LATERAL | 2 | 5 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | PLACA RX URGENCIAS | 2 | 5 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | TORAX PA | 2 | 5 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | TORAX LATERAL | 2 | 5 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | TORAX AP | 2 | 5 | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | TORAX OSEO | 2 | 5 | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | SIMPLE ABDOMEN "UNA POSICION" | 2 | 5 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | CRANEO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | CRANEO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | HOMBRO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | ANTEBRAZO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | ANTEBRAZO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | CODO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | CODO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | BRAZO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | BRAZO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | PIERNA AP | 2 | 5 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | PIERNA LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | MUSLO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | MUSLO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TOBILLO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | TOBILLO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 39 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR AP | 2 | 5 | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS AP | 2 | 5 | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 43 | ESTUDIO | MUÑECA AP | 2 | 5 | | | | | |
| 44 | ESTUDIO | MUÑECA LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 45 | ESTUDIO | MANO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | MANO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 47 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL AP | 2 | 5 | | | | | |
| 48 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL LAT | 2 | 5 | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------|--------------------------------|---|---|-----------------|--|--|--|--|
| 49 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR AP | 2 | 5 | | | | | |
| 50 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 51 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA AP | 2 | 5 | | | | | |
| 52 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 53 | ESTUDIO | PELVIS AP | 2 | 5 | | | | | |
| 54 | ESTUDIO | PELVIS LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 55 | ESTUDIO | RODILLA AP | 2 | 5 | | | | | |
| 56 | ESTUDIO | RODILLA LAT | 2 | 5 | | | | | |
| ESTUDIOS CONTRASTADOS | | | | | | | | | |
| 57 | ESTUDIO | SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL | 2 | 5 | | | | | |
| 58 | ESTUDIO | UROGRAFÍA EXCRETORA | 2 | 5 | | | | | |
| 59 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA | 2 | 5 | | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | | |
| | | | | | IVA | | | | |
| | | | | | TOTAL | | | | |

ANEXO 32

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 15

ESTUDIOS DE ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA Y RAYOS X IZÚCAR DE MATAMOROS

| NO. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|--------------------|------------------|---|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| ULTRASONIDO | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR | 8 | 20 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PELVICO | 8 | 20 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | ULTRASONIDO OBSTETRICO | 8 | 20 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | ULTRASONIDO HIGADO Y VIAS BILIARES | 8 | 20 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | ULTRASONIDO MAMARIO | 8 | 20 | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESPLENICO | 8 | 20 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PO REGION | 8 | 20 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMINAL | 8 | 20 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ULTRASONIDO DE ABDOMEN Y PELVIS | 8 | 20 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESCROTAL | 8 | 20 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | ULTRASONIDO TESTICULAR | 8 | 20 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | ULTRASONOGRAFIA PROSTÁTICO | 8 | 20 | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PARTE BLANDAS | 8 | 20 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ENDOVAGINAL | 8 | 20 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | ULTRASONIDO RENAL Y VESICAL | 8 | 20 | | | | | |
| RAYOS X | | | | | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | RX POR DISPARO | 2 | 5 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | RX AP Y LATERAL | 2 | 5 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | PLACA RX URGENCIAS | 2 | 5 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | TORAX PA | 2 | 5 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | TORAX LATERAL | 2 | 5 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | TORAX AP | 2 | 5 | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | TORAX OSEO | 2 | 5 | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | SIMPLE ABDOMEN "UNA POSICION" | 2 | 5 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | CRANEO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | CRANEO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | HOMBRO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | ANTEBRAZO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | ANTEBRAZO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | CODO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | CODO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | BRAZO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | BRAZO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | PIERNA AP | 2 | 5 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | PIERNA LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | MUSLO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | MUSLO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TOBILLO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | TOBILLO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 39 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR AP | 2 | 5 | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS AP | 2 | 5 | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 43 | ESTUDIO | MUÑECA AP | 2 | 5 | | | | | |
| 44 | ESTUDIO | MUÑECA LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 45 | ESTUDIO | MANO AP | 2 | 5 | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | MANO LAT | 2 | 5 | | | | | |
| 47 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL AP | 2 | 5 | | | | | |
| 48 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL LAT | 2 | 5 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|---------|--------------------------------|---|---|-----------------|--|--|--|
| 49 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR AP | 2 | 5 | | | | |
| 50 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR LAT | 2 | 5 | | | | |
| 51 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA AP | 2 | 5 | | | | |
| 52 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA LAT | 2 | 5 | | | | |
| 53 | ESTUDIO | PELVIS AP | 2 | 5 | | | | |
| 54 | ESTUDIO | PELVIS LAT | 2 | 5 | | | | |
| 55 | ESTUDIO | RODILLA AP | 2 | 5 | | | | |
| 56 | ESTUDIO | RODILLA LAT | 2 | 5 | | | | |
| ESTUDIOS CONTRASTADOS | | | | | | | | |
| 57 | ESTUDIO | SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL | 2 | 5 | | | | |
| 58 | ESTUDIO | UROGRAFÍA EXCRETORA | 2 | 5 | | | | |
| 59 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA | 2 | 5 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 33

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 16

ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA Y RAYOS X EN TEHUACÁN

| NO. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|--------------------|------------------|---|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| ULTRASONIDO | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR | 1 | 2 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PÉLVICO | 2 | 5 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | ULTRASONIDO OBSTETRICO | 1 | 1 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | ULTRASONIDO HIGADO Y VIAS BILIARES | 3 | 6 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | ULTRASONIDO MAMARIO | 1 | 2 | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESPLENICO | 1 | 1 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | ULTRASONIDO POR REGION | 1 | 1 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMINAL | 1 | 1 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ULTRASONIDO DE ABDOMEN Y PELVIS | 1 | 1 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESCROTAL | 1 | 1 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | ULTRASONIDO TESTICULAR | 1 | 1 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | ULTRASONOGRAFIA PROSTÁTICO | 1 | 2 | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PARTE BLANDAS | 2 | 5 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ENDOVAGINAL | 1 | 1 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | ULTRASONIDO RENAL Y VESICAL | 2 | 4 | | | | | |
| RAYOS X | | | | | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | RX POR DISPARO | 1 | 1 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | RX AP Y LATERAL | 1 | 1 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | PLACA RX URGENCIAS | 1 | 1 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | TORAX PA | 1 | 1 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | TORAX LATERAL | 1 | 2 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | TORAX AP | 4 | 10 | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | TORAX OSEO | 1 | 1 | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | SIMPLE ABDOMEN "UNA POSICION" | 1 | 1 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | CRANEO AP | 2 | 3 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | CRANEO LAT | 2 | 3 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | HOMBRO AP | 1 | 1 | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | ANTEBRAZO AP | 1 | 1 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | ANTEBRAZO LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | CODO AP | 2 | 3 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | CODO LAT | 1 | 2 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | BRAZO AP | 1 | 1 | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | BRAZO LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | PIERNA AP | 1 | 2 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | PIERNA LAT | 1 | 2 | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | MUSLO AP | 1 | 1 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | MUSLO LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TOBILLO AP | 3 | 7 | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | TOBILLO LAT | 3 | 7 | | | | | |
| 39 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR AP | 4 | 9 | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS AP | 1 | 1 | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 43 | ESTUDIO | MUÑECA AP | 2 | 3 | | | | | |
| 44 | ESTUDIO | MUÑECA LAT | 2 | 3 | | | | | |
| 45 | ESTUDIO | MANO AP | 1 | 2 | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | MANO LAT | 1 | 2 | | | | | |
| 47 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL AP | 1 | 1 | | | | | |
| 48 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL LAT | 1 | 1 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|---------|--------------------------------|---|----|-----------------|--|--|--|
| 49 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR AP | 6 | 15 | | | | |
| 50 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR LAT | 6 | 14 | | | | |
| 51 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA AP | 2 | 5 | | | | |
| 52 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA LAT | 2 | 3 | | | | |
| 53 | ESTUDIO | PELVIS AP | 1 | 1 | | | | |
| 54 | ESTUDIO | PELVIS LAT | 2 | 3 | | | | |
| 55 | ESTUDIO | RODILLA AP | 4 | 10 | | | | |
| 56 | ESTUDIO | RODILLA LAT | 6 | 13 | | | | |
| ESTUDIOS CONTRASTADOS | | | | | | | | |
| 57 | ESTUDIO | SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL | 1 | 1 | | | | |
| 58 | ESTUDIO | UROGRAFÍA EXCRETORA | 1 | 1 | | | | |
| 59 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA | 1 | 1 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 34

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 17

ESTUDIOS DE ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA Y RAYOS X EN HUAUCHINANGO

| | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|--------------------|------------------|---|-------------------------|-------------------------|-----------------|---|--|--------------------|--------------------|
| ULTRASONIDO | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR | 20 | 40 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PELVICO | 10 | 20 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | ULTRASONIDO OBSTETRICO | 40 | 90 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | ULTRASONIDO HIGADO Y VIAS BILIARES | 40 | 90 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | ULTRASONIDO MAMARIO | 5 | 10 | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESPLENICO | 5 | 10 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | ULTRASONIDO POR REGION | 5 | 10 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMINAL | 5 | 10 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ULTRASONIDO DE ABDOMEN Y PELVIS | 5 | 10 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESCROTAL | 5 | 10 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | ULTRASONIDO TESTICULAR | 5 | 10 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | ULTRASONOGRAFÍA PROSTÁTICO | 5 | 20 | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PARTE BLANDAS | 30 | 70 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ENDOVAGINAL | 20 | 40 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | ULTRASONIDO RENAL Y VESICAL | 40 | 90 | | | | | |
| RAYOS X | | | | | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | RX POR DISPARO | 5 | 10 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | RX AP Y LATERAL | 5 | 10 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | PLACA RX URGENCIAS | 5 | 10 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | TORAX PA | 40 | 80 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | TORAX LATERAL | 5 | 10 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | TORAX AP | 5 | 10 | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | TORAX OSEO | 5 | 10 | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | SIMPLE ABDOMEN "UNA POSICION" | 5 | 10 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | CRANEO AP | 5 | 10 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | CRANEO LAT | 5 | 10 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | HOMBRO AP | 20 | 30 | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | ANTEBRAZO AP | 5 | 10 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | ANTEBRAZO LAT | 5 | 10 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | CODO AP | 12 | 30 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | CODO LAT | 12 | 30 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | BRAZO AP | 5 | 10 | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | BRAZO LAT | 5 | 10 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | PIERNA AP | 5 | 20 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | PIERNA LAT | 5 | 20 | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | MUSLO AP | 5 | 10 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | MUSLO LAT | 5 | 10 | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TOBILLO AP | 28 | 70 | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | TOBILLO LAT | 28 | 70 | | | | | |
| 39 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR AP | 5 | 10 | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR LAT | 5 | 10 | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS AP | 5 | 10 | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS LAT | 5 | 10 | | | | | |
| 43 | ESTUDIO | MUÑECA AP | 5 | 20 | | | | | |
| 44 | ESTUDIO | MUÑECA LAT | 5 | 20 | | | | | |
| 45 | ESTUDIO | MANO AP | 5 | 20 | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | MANO LAT | 5 | 20 | | | | | |
| 47 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL AP | 5 | 10 | | | | | |
| 48 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL LAT | 5 | 10 | | | | | |
| 49 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR AP | 5 | 10 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|---------|-----------------------|----|----|-----------------|--|--|--|
| 50 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR LAT | 5 | 10 | | | | |
| 51 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA AP | 5 | 10 | | | | |
| 52 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA LAT | 5 | 10 | | | | |
| 53 | ESTUDIO | PELVIS AP | 5 | 10 | | | | |
| 54 | ESTUDIO | PELVIS LAT | 5 | 10 | | | | |
| 55 | ESTUDIO | RODILLA AP | 30 | 60 | | | | |
| 56 | ESTUDIO | RODILLA LAT | 30 | 60 | | | | |
| ESTUDIOS CONTRASTADOS | | | | | | | | |
| | | SERIE | 5 | 10 | | | | |
| 57 | ESTUDIO | ESOFAGOGASTRODUODENAL | 5 | 10 | | | | |
| 58 | ESTUDIO | UROGRAFÍA EXCRETORA | 5 | 10 | | | | |
| 59 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA | 5 | 10 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 35

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 18

ESTUDIOS DE ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA Y RAYOS X EN ZACATLÁN

| NO. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|--------------------|------------------|---|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| ULTRASONIDO | | | | | | | | | |
| 1 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR | 2 | 8 | | | | | |
| 2 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PELVICO | 2 | 8 | | | | | |
| 3 | ESTUDIO | ULTRASONIDO OBSTETRICO | 40 | 90 | | | | | |
| 4 | ESTUDIO | ULTRASONIDO HIGADO Y VIAS BILIARES | 30 | 60 | | | | | |
| 5 | ESTUDIO | ULTRASONIDO MAMARIO | 20 | 30 | | | | | |
| 6 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESPLENICO | 2 | 8 | | | | | |
| 7 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PO REGION | 20 | 30 | | | | | |
| 8 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMINAL | 20 | 30 | | | | | |
| 9 | ESTUDIO | ULTRASONIDO DE ABDOMEN Y PELVIS | 20 | 30 | | | | | |
| 10 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESCROTAL | 2 | 8 | | | | | |
| 11 | ESTUDIO | ULTRASONIDO TESTICULAR | 2 | 8 | | | | | |
| 12 | ESTUDIO | ULTRASONOGRAFIA PROSTÁTICO | 2 | 8 | | | | | |
| 13 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PARTE BLANDAS | 30 | 70 | | | | | |
| 14 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ENDOVAGINAL | 40 | 90 | | | | | |
| 15 | ESTUDIO | ULTRASONIDO RENAL Y VESICAL | 20 | 40 | | | | | |
| RAYOS X | | | | | | | | | |
| 16 | ESTUDIO | RX POR DISPARO | 70 | 170 | | | | | |
| 17 | ESTUDIO | RX AP Y LATERAL | 80 | 200 | | | | | |
| 18 | ESTUDIO | PLACA RX URGENCIAS | 5 | 10 | | | | | |
| 19 | ESTUDIO | TORAX PA | 5 | 8 | | | | | |
| 20 | ESTUDIO | TORAX LATERAL | 5 | 8 | | | | | |
| 21 | ESTUDIO | TORAX AP | 5 | 8 | | | | | |
| 22 | ESTUDIO | TORAX OSEO | 5 | 8 | | | | | |
| 23 | ESTUDIO | SIMPLE ABDOMEN "UNA POSICION" | 5 | 8 | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | CRANEO AP | 5 | 8 | | | | | |
| 25 | ESTUDIO | CRANEO LAT | 5 | 8 | | | | | |
| 26 | ESTUDIO | HOMBRO AP | 5 | 8 | | | | | |
| 27 | ESTUDIO | ANTEBRAZO AP | 5 | 8 | | | | | |
| 28 | ESTUDIO | ANTEBRAZO LAT | 5 | 8 | | | | | |
| 29 | ESTUDIO | CODO AP | 5 | 8 | | | | | |
| 30 | ESTUDIO | CODO LAT | 5 | 8 | | | | | |
| 31 | ESTUDIO | BRAZO AP | 5 | 8 | | | | | |
| 32 | ESTUDIO | BRAZO LAT | 5 | 8 | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | PIERNA AP | 5 | 8 | | | | | |
| 34 | ESTUDIO | PIERNA LAT | 5 | 8 | | | | | |
| 35 | ESTUDIO | MUSLO AP | 5 | 8 | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | MUSLO LAT | 5 | 8 | | | | | |
| 37 | ESTUDIO | TOBILLO AP | 5 | 8 | | | | | |
| 38 | ESTUDIO | TOBILLO LAT | 5 | 8 | | | | | |
| 39 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR AP | 5 | 8 | | | | | |
| 40 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR LAT | 5 | 8 | | | | | |
| 41 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS AP | 5 | 8 | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS LAT | 5 | 8 | | | | | |
| 43 | ESTUDIO | MUÑECA AP | 5 | 8 | | | | | |
| 44 | ESTUDIO | MUÑECA LAT | 5 | 8 | | | | | |
| 45 | ESTUDIO | MANO AP | 5 | 8 | | | | | |
| 46 | ESTUDIO | MANO LAT | 5 | 8 | | | | | |
| 47 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL AP | 5 | 8 | | | | | |
| 48 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL LAT | 5 | 8 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|---------|--------------------------------|---|---|-----------------|--|--|--|
| 49 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR AP | 5 | 8 | | | | |
| 50 | ESTUDIO | COLUMNA LUMBAR LAT | 5 | 8 | | | | |
| 51 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA AP | 5 | 8 | | | | |
| 52 | ESTUDIO | COLUMNA TORACICA LAT | 5 | 8 | | | | |
| 53 | ESTUDIO | PELVIS AP | 5 | 8 | | | | |
| 54 | ESTUDIO | PELVIS LAT | 5 | 8 | | | | |
| 55 | ESTUDIO | RODILLA AP | 5 | 8 | | | | |
| 56 | ESTUDIO | RODILLA LAT | 5 | 8 | | | | |
| ESTUDIOS CONTRASTADOS | | | | | | | | |
| 57 | ESTUDIO | SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL | 5 | 8 | | | | |
| 58 | ESTUDIO | UROGRAFÍA EXCRETORA | 5 | 8 | | | | |
| 59 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA | 5 | 8 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 36

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 19

**SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN,
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA EN TEPEACA**

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|--|------------------|--|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| 1 | SERVICIO | CESÁREA | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| 2 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| 3 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| 4 | SERVICIO | LUI | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| | | Ginecólogo, Anestesiólogo e Instrumentista | | | | | | | |
| 5 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista | | | | | | | |
| 6 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA COMPLICADA | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 5 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista | | | | | | | |
| 7 | SERVICIO | PLASTIAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL) | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| | | Mailla (en caso de requerirla) | | | | | | | |
| Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | | | | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------|---|-----|------|--|--|--|
| 8 | SERVICIO | PLASTIA COMPLICADA (UMBILICAL, INGUINAL, EMORAL) | 10 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 4 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | |
| | | Malla (en caso de requerirla) | | | | | |
| 9 | SERVICIO | COLECISTECTOMÍA | 10 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista | | | | | |
| 10 | SERVICIO | HISTERECTOMÍA | 10 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista | | | | | |
| 11 | SERVICIO | LAPE (LAPAROTOMÍA EXPLORADORA) | 10 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista | | | | | |
| 12 | PROCEDIMIENTO | ANESTESIA BLOQUEO | 10 | 10 | | | |
| 13 | PROCEDIMIENTO | ANESTESIA CESAREA | 10 | 10 | | | |
| 14 | PROCEDIMIENTO | ANESTESIA GENERAL | 10 | 10 | | | |
| 15 | PROCEDIMIENTO | AYUDANTÍA | 10 | 10 | | | |
| 16 | PROCEDIMIENTO | CIRUGÍA MAYOR | 10 | 10 | | | |
| SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | | | | |
| 17 | SERVICIO | CONSULTA DE URGENCIAS | 430 | 1070 | | | |
| 18 | SERVICIO | CONSULTA DE ESPECIALIDAD | 10 | 10 | | | |
| 19 | SERVICIO | CONSULTA GENERAL | 10 | 10 | | | |
| 20 | SERVICIO | CUNERO | 10 | 10 | | | |
| 21 | SERVICIO | CURACIÓN S/MATERIAL | 10 | 10 | | | |
| 22 | SERVICIO | DERECHO DE SALA C. MAYOR | 10 | 10 | | | |
| 23 | SERVICIO | DERECHO DE SALA C. MENOR | 10 | 10 | | | |
| 24 | SERVICIO | DERECHO DE SALA R/DIU | 10 | 10 | | | |
| 25 | SERVICIO | DERECHO DE SALA URGENCIA | 10 | 10 | | | |
| 26 | SERVICIO | OBSERVACIÓN DE SALA U. | 10 | 10 | | | |
| 27 | SERVICIO | FOTO TERAPIA POR DIA | 10 | 10 | | | |
| 28 | SERVICIO | HONORARIOS DE PEDIATRÍA | 10 | 10 | | | |
| 29 | SERVICIO | HOSPITALIZACION DIA C.A. | 170 | 420 | | | |
| 30 | SERVICIO | INCUBADORA | 10 | 10 | | | |
| 31 | SERVICIO | INSTRUMENTISTAS | 10 | 10 | | | |
| 32 | SERVICIO | INTERCONSULTA ESP. | 10 | 10 | | | |
| 33 | SERVICIO | VAPORIZADOR NEVOLIZADOR 3 | 10 | 10 | | | |
| 34 | SERVICIO | VISTA A HOSPITALIZADOS | 10 | 10 | | | |
| MEDICAMENTOS | | | | | | | |
| 35 | MEDICAMENTO | ACIDO ACETILSALICILICO TBS. 300 MG | 2 | 5 | | | |
| 36 | MEDICAMENTO | CLONIXINATO DE LIISNA AMP. 100 MG | 2 | 5 | | | |
| 37 | MEDICAMENTO | KETOROLACO AMP. 30 MG 1 ML | 2 | 5 | | | |
| 38 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO AMP. 1 G 2 ML. | 2 | 5 | | | |
| 39 | MEDICAMENTO | NALBUFINA AMP. 10 MG 1 ML | 2 | 5 | | | |
| 40 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM AAMP. 10 MG 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 41 | MEDICAMENTO | ATROPINA AMP. 1 MG 1 ML | 2 | 5 | | | |
| 42 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA EPINEFRINA SOL. INY. 2% | 2 | 5 | | | |
| 43 | MEDICAMENTO | CLOROPIRAMINA CLORHIDRATO 20 MG AMP. 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 44 | MEDICAMENTO | AMINOFILINA AMP. 250 MG 10 ML | 2 | 5 | | | |
| 45 | MEDICAMENTO | BROMURO DE IPRATROPIO 500 MCG AMP. 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 46 | MEDICAMENTO | IPRATROPIO - SALBUTAMOL AMP. 0.500 MG AMP. 2.5 ML | 2 | 5 | | | |
| 47 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA AMP. 100 MG 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 48 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA 500 MG AMP. 4 ML | 2 | 5 | | | |





Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | |
|-------------------|-------------|--|---|---|--|--|--|
| 49 | MEDICAMENTO | METILPREDNISOLONA AMP. 40 MG 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 50 | MEDICAMENTO | DIGOXINA AMP. 0.5 MG 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 51 | MEDICAMENTO | CLORURO DE POTASIO AMP. 1.49 G 10 ML | 2 | 5 | | | |
| 52 | MEDICAMENTO | AMIODARONA AMP. 150 MG 3 ML | 2 | 5 | | | |
| 53 | MEDICAMENTO | METILDOPA TBS. 250 MG 30 TABS. | 2 | 5 | | | |
| 54 | MEDICAMENTO | HIDRALAZINA AMP. 20 MG 1 ML | 2 | 5 | | | |
| 55 | MEDICAMENTO | ISOSORBIDA TABS. 5 MG SUBLINGUALES | 2 | 5 | | | |
| 56 | MEDICAMENTO | NIFEDIPINO CAPS. 10 MG 20 CAPS. | 2 | 5 | | | |
| 57 | MEDICAMENTO | EPINEFRINA AMP. 1 MG 1 ML | 2 | 5 | | | |
| 58 | MEDICAMENTO | INSULINA HUMANA SOLUCIÓN 100 UI 10 ML | 2 | 5 | | | |
| 59 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA AMP. 20 MG 1 ML | 2 | 5 | | | |
| 60 | MEDICAMENTO | OMEPRAZOL AMP. 40 MG | 2 | 5 | | | |
| 61 | MEDICAMENTO | RANITIDINA 50 MG /5 ML AMP | 2 | 5 | | | |
| 62 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA AMP. 10 MG 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 63 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL AMP. 500 MG 100 ML | 2 | 5 | | | |
| 64 | MEDICAMENTO | OXITOCINA AMP. 5 UI 1 ML | 2 | 5 | | | |
| 65 | MEDICAMENTO | ERGONOVINA 0.2 MG AMP. 1 ML | 2 | 5 | | | |
| 66 | MEDICAMENTO | HIERRO DEXTRAN 10 MG AMP. 2 ML I.V. | 2 | 5 | | | |
| 67 | MEDICAMENTO | TRIMETOPRIMA Y SULFAMETOXAZOL 800 MG AMP. 3 ML | 2 | 5 | | | |
| 68 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA AMP. 250 MG 5 ML | 2 | 5 | | | |
| 69 | MEDICAMENTO | AMPICILINA AMP. 500 MG 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 70 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA AMP. 1 G 10 ML | 2 | 5 | | | |
| 71 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO LACTADO 200 MG AMP. 100 ML I.V. | 2 | 5 | | | |
| 72 | MEDICAMENTO | GENTAMICINA 80 MG AMP. 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 73 | MEDICAMENTO | AMIKACINA AMP. 500 MG 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 74 | MEDICAMENTO | AMIKACINA AMP. 100 MG 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 75 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA AMP. 300 MG 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 76 | MEDICAMENTO | MANITOL 20% 50 G 250 ML | 2 | 5 | | | |
| 77 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA 20 MG AMP. 2ML | 2 | 5 | | | |
| 78 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL AMP. 40 MG 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 79 | MEDICAMENTO | MECLIZINA Y PIRIDOXINA 25 MG AMP. 1 ML | 2 | 5 | | | |
| 80 | MEDICAMENTO | DICLOFENACO AMP. 75 MGR. 3 ML | 2 | 5 | | | |
| 81 | MEDICAMENTO | KETOPROFENO 100 MG AMP. 2ML | 2 | 5 | | | |
| 82 | MEDICAMENTO | INDOMETACINA SUPS. 100 MG 15 SUPOS. | 2 | 5 | | | |
| 83 | MEDICAMENTO | INDOMETACINA CAPS. 25 MG ENV. 30 CAPS. | 2 | 5 | | | |
| 84 | MEDICAMENTO | DEXAMETASONA AMP. 8 MG 2 ML | 2 | 5 | | | |
| 85 | MEDICAMENTO | GLUCOSA AL 5% 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 86 | MEDICAMENTO | GLUCOSA AL 5% 1000 ML | 2 | 5 | | | |
| 87 | MEDICAMENTO | GLUCOSA 10% CON 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 88 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOLUCIÓN 10% CON 10 G 1000 ML 100.0 G | 2 | 5 | | | |
| 89 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOLUCIÓN 50% 100 ML 50 G 50 ML 25.0 G | 2 | 5 | | | |
| 90 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ENV. 250 ML SODIO 38.5 MEQ. CLORURO 38.5 MEQ. | 2 | 5 | | | |
| 91 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ENV. 250 ML SODIO 77 MEQ. CLORURO 77 MEQ. | 2 | 5 | | | |
| 92 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ENV. 1000 ML SODIO 154 MEQ. CLORURO 154 MEQ. | 2 | 5 | | | |
| 93 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO Y GLUCOSA CADA 100 ML CLORURO DE SODIO 0.9 G GLUCOSA MONOHIDRATADA 5.0 GLUCOSA ENV. 500 ML SODIO 77 MEQ. CLORURO 77MEQ. GLUCOSA 25 G. | 2 | 5 | | | |
| 94 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO Y GLUCOSA CADA 100 ML CLORURO DE SODIO 0.9 G GLUCOSA MONOHIDRATADA 5.0 G ENV. 1000 ML SODIO 154.0 MEQ. CLORURO 154.0 MEQ. GLUCOS. | 2 | 5 | | | |
| 95 | MEDICAMENTO | HARTMANN ENV. 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 96 | MEDICAMENTO | HARTMANN ENV. 1000 ML | 2 | 5 | | | |
| 97 | MEDICAMENTO | GLUCONATO DE CALCIO 10% 1 GR AMP. 10 ML | 2 | 5 | | | |
| 98 | MEDICAMENTO | AGUA INY. ENV. 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 99 | MEDICAMENTO | CARBETOCINA 100 MCG. SOL. INY. 1 ML AMP. | 2 | 5 | | | |
| MATERIALES | | | | | | | |
| 100 | MATERIAL | ALCOHOL 1LT | 2 | 5 | | | |





Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|---|---|--|--|--|
| 101 | MATERIAL | AGUA P/IRRIGACIÓN | 2 | 5 | | | |
| 102 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE | 2 | 5 | | | |
| 103 | MATERIAL | ALGODÓN PLISADO 300GR. | 2 | 5 | | | |
| 104 | MATERIAL | APOSITO 2 | 2 | 5 | | | |
| 105 | MATERIAL | BLORECEP 50 ML C/A C/D | 2 | 5 | | | |
| 106 | MATERIAL | BLORECEP 100ML C/A C/D | 2 | 5 | | | |
| 107 | MATERIAL | BLORECEP 250 ML C/A C/D | 2 | 5 | | | |
| 108 | MATERIAL | BLORECEP 500 ML C/A C/D | 2 | 5 | | | |
| 109 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA ORINA ADULTO | 2 | 5 | | | |
| 110 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA ORINA NIÑA | 2 | 5 | | | |
| 111 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA ORINA NIÑO | 2 | 5 | | | |
| 112 | MATERIAL | BOTAS DESECHABLES C/PAR | 2 | 5 | | | |
| 113 | MATERIAL | CÁNULA ENDOTRAQUEAL | 2 | 5 | | | |
| 114 | MATERIAL | CÁNULA EPIDURAL | 2 | 5 | | | |
| 115 | MATERIAL | CAT GUT SIMPLE 3T-10 | 2 | 5 | | | |
| 116 | MATERIAL | CATÉTER PARA OXIGENO K-21 | 2 | 5 | | | |
| 117 | MATERIAL | CATÉTER PARA SOLUCIÓN CON VALVULA | 2 | 5 | | | |
| 118 | MATERIAL | CAT GUT CRÓMICO 1/0 T-10 | 2 | 5 | | | |
| 119 | MATERIAL | CAT GUT CRÓMICO 2/0 T-10 | 2 | 5 | | | |
| 120 | MATERIAL | CUBRE BOCAS DESECHABLES | 2 | 5 | | | |
| 121 | MATERIAL | DERMALON 2 T-10, T-10 CON AGUA | 2 | 5 | | | |
| 122 | MATERIAL | DEXON NO. 1T-5 | 2 | 5 | | | |
| 123 | MATERIAL | ENCOCATH CORTO No. 16 | 2 | 5 | | | |
| 124 | MATERIAL | ENCOCATH LARGO No. 16 | 2 | 5 | | | |
| 125 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1 T-10 | 2 | 5 | | | |
| 126 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2 T-10 | 2 | 5 | | | |
| 127 | MATERIAL | EQUIPO DE TRICOTOMIA | 2 | 5 | | | |
| 128 | MATERIAL | EQUIPO MATRIZET, BURETROL O FLEBUTEC | 2 | 5 | | | |
| 129 | MATERIAL | EQUIPO PARA BLOQUEO DESECHABLE | 2 | 5 | | | |
| 130 | MATERIAL | EQUIPO PARA MEDIR PRESIÓN VENOSA CENTRAL | 2 | 5 | | | |
| 131 | MATERIAL | EQUIPO PARA TRANSFUSIÓN DE SANGRE C/A | 2 | 5 | | | |
| 132 | MATERIAL | EQUIPO PARA TRANSFUSIÓN DE SANGRE S/A | 2 | 5 | | | |
| 133 | MATERIAL | EQUIPO VENOCLISIS | 2 | 5 | | | |
| 134 | MATERIAL | EQUIPO DE MICROGOTERO | 2 | 5 | | | |
| 135 | MATERIAL | EQUIPO FLEVOTEC | 2 | 5 | | | |
| 136 | MATERIAL | PAQ. GASA 10*10 S/RYTEX | 2 | 5 | | | |
| 137 | MATERIAL | PAQ. GASA RADIOPACA C/RYTEX | 2 | 5 | | | |
| 138 | MATERIAL | GELFOAM | 2 | 5 | | | |
| 139 | MATERIAL | GORRO DESECHABLE PARA PACIENTE | 2 | 5 | | | |
| 140 | MATERIAL | GORRO DESECHABLE PARA CIRUJANO | 2 | 5 | | | |
| 141 | MATERIAL | PAR GUANTES LATEX CIRUGANO No. 6.5 ICO No.6.5 E | 2 | 5 | | | |
| 142 | MATERIAL | PAR GUANTES LATEX QUIRURGICO No. 7 | 2 | 5 | | | |
| 143 | MATERIAL | PAR GUANTES LATEX QUIRURGICO No.7.5 | 2 | 5 | | | |
| 144 | MATERIAL | PAR GUANTES DESECHABLES PARA EXPLORACION | 2 | 5 | | | |
| 145 | MATERIAL | HOJA DE BISTURI No. 23 No. 24 | 2 | 5 | | | |
| 146 | MATERIAL | HOJA PARA RASURAR | 2 | 5 | | | |
| 147 | MATERIAL | HORA DE OXIGENO | 2 | 5 | | | |
| 148 | MATERIAL | ISODINE ESPUMA 120 ML | 2 | 5 | | | |
| 149 | MATERIAL | JABON ANTICEPTICO 100ML | 2 | 5 | | | |
| 150 | MATERIAL | JABON QUIRURGICO | 2 | 5 | | | |
| 151 | MATERIAL | JERINGA P/INSULINA 1 ML. C/A | 2 | 5 | | | |
| 152 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 3 ML. C/A | 2 | 5 | | | |
| 153 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 5 ML. C/A | 2 | 5 | | | |
| 154 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 10 ML. C/A | 2 | 5 | | | |
| 155 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 20 ML. S/A | 2 | 5 | | | |
| 156 | MATERIAL | LANCETAS P/PUNCION | 2 | 5 | | | |
| 157 | MATERIAL | LUGADURA UMBILICAL | 2 | 5 | | | |
| 158 | MATERIAL | MALLA DE PROPIETILENO | 2 | 5 | | | |
| 159 | MATERIAL | MARIPOSA CAL. 21, 22, 23, 25 | 2 | 5 | | | |
| 160 | MATERIAL | MASCARRILLA P/OXIGENO ADULTO | 2 | 5 | | | |
| 161 | MATERIAL | MASCARRILLA P/OXIGENO INFANTIL | 2 | 5 | | | |
| 162 | MATERIAL | MERTHIOLATE 50 ml. | 2 | 5 | | | |
| 163 | MATERIAL | METRIZET 100 ML | 2 | 5 | | | |
| 164 | MATERIAL | METRIZET 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 165 | MATERIAL | MICROPORE | 2 | 5 | | | |
| 166 | MATERIAL | PAÑAL DESECHABLE P/ADULTO | 2 | 5 | | | |





Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | |
|------------------------------------|----------|---|-----|-----|--|--|--|
| 167 | MATERIAL | PENROUSSE 1/2 - 1/8- 3/4 | 2 | 5 | | | |
| 168 | MATERIAL | PERILLA DE HULE No. 3 No. 4 No.5 | 2 | 5 | | | |
| 169 | MATERIAL | PUNZOCAT 17, 18, 19, 20, 23, 24 | 2 | 5 | | | |
| 170 | MATERIAL | SEDA LIBRE S/A No.1 | 2 | 5 | | | |
| 171 | MATERIAL | SEDA LIBRE C/A No.1 | 2 | 5 | | | |
| 172 | MATERIAL | ISODINE SOLUCION 120 ML | 2 | 5 | | | |
| 173 | MATERIAL | SOL. 1000 ML | 2 | 5 | | | |
| 174 | MATERIAL | SOL. 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 175 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL TIPO LEVIN K-10 | 2 | 5 | | | |
| 176 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL TIPO LEVIN K-11 | 2 | 5 | | | |
| 177 | MATERIAL | SONDA FOLEY No. 14/30 | 2 | 5 | | | |
| 178 | MATERIAL | SONDA FOLEY No. 16/30 | 2 | 5 | | | |
| 179 | MATERIAL | SONDA NASAL P/OXIGENO K-29 PUNTAS NASAL | 2 | 5 | | | |
| 180 | MATERIAL | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 20/26 | 2 | 5 | | | |
| 181 | MATERIAL | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 28/30 | 2 | 5 | | | |
| 182 | MATERIAL | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 8/18 | 2 | 5 | | | |
| 183 | MATERIAL | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 10 | 2 | 5 | | | |
| 184 | MATERIAL | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 16, 20, 22 | 2 | 5 | | | |
| 185 | MATERIAL | SANDA NELATON TRANSPARENTE No. 14 | 2 | 5 | | | |
| 186 | MATERIAL | SONDA P/ELIMENTACION K-30 | 2 | 5 | | | |
| 187 | MATERIAL | SONDA P/ELIMENTACION K-31 Y K-32 | 2 | 5 | | | |
| 188 | MATERIAL | SONDA P/SECRECION NIÑO/ NIÑA/S/V | 2 | 5 | | | |
| 189 | MATERIAL | SUBCLAVICATETER No. 16, 18 | 2 | 5 | | | |
| 190 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 2.5 | 2 | 5 | | | |
| 191 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 5.0 | 2 | 5 | | | |
| 192 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 7.5 | 2 | 5 | | | |
| 193 | MATERIAL | TIRAS REACTIVAS | 2 | 5 | | | |
| 194 | MATERIAL | TUBO PENRROUSSE 1/2 | 2 | 5 | | | |
| 195 | MATERIAL | VENDA DE HUATA | 2 | 5 | | | |
| 196 | MATERIAL | VENDA ELASTICA 10 CM | 2 | 5 | | | |
| 197 | MATERIAL | VENDA ELASTICA 15CM | 2 | 5 | | | |
| 198 | MATERIAL | VENDA ELASTICA 20CM | 2 | 5 | | | |
| 199 | MATERIAL | VENDA ELASTICA 30CM | 2 | 5 | | | |
| 200 | MATERIAL | VENDA ELASTICA 5CM | 2 | 5 | | | |
| 201 | MATERIAL | VENDA DE YESO 10/2 | 2 | 5 | | | |
| 202 | MATERIAL | VENDA DE YESO 15/2 | 2 | 5 | | | |
| 203 | MATERIAL | VENDA DE YESO 20/2 | 2 | 5 | | | |
| 204 | MATERIAL | VYCRIL 1/0 T-10 | 2 | 5 | | | |
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | | |
| 205 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 210 | 520 | | | |
| 206 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 10 | 10 | | | |
| 207 | ESTUDIO | GPO. SANGUINEO Y RH. | 10 | 20 | | | |
| 208 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 20 | 50 | | | |
| 209 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 20 | 50 | | | |
| QUIMICA CLINICA | | | | | | | |
| 210 | ESTUDIO | GLUCOSA | 260 | 640 | | | |
| 211 | ESTUDIO | UREA | 230 | 560 | | | |
| 212 | ESTUDIO | CREATININA | 230 | 570 | | | |
| 213 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 130 | 310 | | | |
| 214 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 180 | 450 | | | |
| 215 | ESTUDIO | AMILASA | 10 | 10 | | | |
| 216 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 180 | 450 | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | | | | | | |
| 217 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 10 | 20 | | | |
| 218 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 10 | 20 | | | |
| 219 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 10 | 10 | | | |
| 220 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 10 | 10 | | | |
| 221 | ESTUDIO | AST-TGO | 10 | 20 | | | |
| 222 | ESTUDIO | ALT-TGP | 10 | 10 | | | |
| 223 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LACTICA | 10 | 10 | | | |
| 224 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 30 | 60 | | | |
| 225 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 220 | 530 | | | |
| PARASITOLOGÍA | | | | | | | |
| 226 | ESTUDIO | CPS. SERIADO 3 MUESTRAS | 10 | 20 | | | |
| BACTERIOLOGÍA | | | | | | | |
| 227 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 10 | 20 | | | |
| 228 | ESTUDIO | BARR TRES MUESTRAS | 10 | 10 | | | |
| 229 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 10 | 10 | | | |



| | | | | | | |
|---------------------------------|---------|---|-----|-----|--|--|
| 230 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 20 | 30 | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | |
| 231 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 100 | 230 | | |
| 232 | ESTUDIO | VDRL | 20 | 40 | | |
| 233 | ESTUDIO | VIH | 20 | 40 | | |
| 234 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 10 | 10 | | |
| 235 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLÓGICA DEL EMBARAZO | 10 | 10 | | |
| PERFIL DE LÍPIDOS | | | | | | |
| 236 | ESTUDIO | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD | 10 | 10 | | |
| 237 | ESTUDIO | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 10 | 10 | | |
| 238 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 180 | 450 | | |
| PERFIL REUMÁTICO | | | | | | |
| 239 | ESTUDIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 10 | 20 | | |
| 240 | ESTUDIO | FACTOR REUMATOIDE | 10 | 20 | | |
| PERFIL TIROIDEO | | | | | | |
| 241 | ESTUDIO | TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES | 20 | 50 | | |
| 242 | ESTUDIO | T3 TIROXINA TOTAL | 20 | 50 | | |
| 243 | ESTUDIO | T4 TRIYODO TIRONINA TOTAL | 20 | 50 | | |
| ENZIMAS CARDIACAS | | | | | | |
| 244 | ESTUDIO | CREATININA FOSFO QUINASA CPK | 10 | 10 | | |
| PRUEBAS DE FUNCIÓN RENAL | | | | | | |
| 245 | ESTUDIO | DEPURACIÓN DE CREATININA 24 HORAS | 10 | 10 | | |
| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | |
| 246 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 10 | 10 | | |
| 247 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 10 | 10 | | |
| 248 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 10 | 10 | | |
| 249 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 10 | 10 | | |
| PRUEBAS ADICIONALES | | | | | | |
| 250 | ESTUDIO | CUANTIFICACIÓN DE HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA | 20 | 40 | | |
| 251 | ESTUDIO | EOSINOFILOS EN MOCO NASAL Y FARINGEO | 10 | 10 | | |
| 252 | ESTUDIO | ANTÍGENO PROSTÁTICO | 20 | 30 | | |
| 253 | ESTUDIO | ALBUMINA | 2 | 5 | | |
| 254 | ESTUDIO | ACS. ANTI HELICOBACTER PYLORI SUERO | 2 | 5 | | |
| 255 | ESTUDIO | ACS. ANTI HELICOBACTER PYLORI HECES | 2 | 5 | | |
| 256 | ESTUDIO | ACS. MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (AgG) | 2 | 5 | | |
| 257 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "A" (IgG) | 2 | 5 | | |
| 258 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "A" (IgM) | 2 | 5 | | |
| 259 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "B" AG DE SUPERFICIE | 2 | 5 | | |
| 260 | ESTUDIO | AC ANTI HEPATITIS "C"(ac. Totales) | 2 | 5 | | |
| 261 | ESTUDIO | AMIBA EN FRESCO | 2 | 5 | | |
| 262 | ESTUDIO | ANTIBIOGRAMA | 2 | 5 | | |
| 263 | ESTUDIO | ANTIBIOGRAMA MIC. | 2 | 5 | | |
| 264 | ESTUDIO | B.A.A.R. EN EXPECTORACION (1M) | 2 | 5 | | |
| 265 | ESTUDIO | B.A.A.R. JUGO GASTRICO | 2 | 5 | | |
| 266 | ESTUDIO | ALBUMINA | 2 | 5 | | |
| 267 | ESTUDIO | ACS. ANTI HELICOBACTER PYLORI SUERO | 2 | 5 | | |
| 268 | ESTUDIO | ACS. ANTI HELICOBACTER PYLORI HECES | 2 | 5 | | |
| 269 | ESTUDIO | ACS. MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (AgG) | 2 | 5 | | |
| 270 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "A" (IgG) | 2 | 5 | | |
| 271 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "A" (IgM) | 2 | 5 | | |
| 272 | ESTUDIO | AC. ANTI HEPATITIS "B" AG DE SUPERFICIE | 2 | 5 | | |
| 273 | ESTUDIO | AC ANTI HEPATITIS "C"(ac. Totales) | 2 | 5 | | |
| 274 | ESTUDIO | AMIBA EN FRESCO | 2 | 5 | | |
| 275 | ESTUDIO | ANTIBIOGRAMA | 2 | 5 | | |
| 276 | ESTUDIO | ANTIBIOGRAMA MIC. | 2 | 5 | | |
| 277 | ESTUDIO | B.A.A.R. EN EXPECTORACION (1M) | 2 | 5 | | |
| 278 | ESTUDIO | B.A.A.R. JUGO GASTRICO | 2 | 5 | | |
| 279 | ESTUDIO | BRUCELLA | 2 | 5 | | |
| 280 | ESTUDIO | CALCIO SERICO | 2 | 5 | | |
| 281 | ESTUDIO | CHLAMYDIA | 2 | 5 | | |
| 282 | ESTUDIO | CITOLOGIA DE MOCO FECAL | 2 | 5 | | |
| 283 | ESTUDIO | CITOQUIMICO DE L.C.R. | 2 | 5 | | |
| 284 | ESTUDIO | CITOQUIMICO DE L.PLEURAL | 2 | 5 | | |
| 285 | ESTUDIO | CITOQUIMICO DE L. SINOVIAL | 2 | 5 | | |
| 286 | ESTUDIO | COLOR SERICO | 2 | 5 | | |
| 287 | ESTUDIO | COL.Y DISTINTAS DENCIDADES | 2 | 5 | | |
| 288 | ESTUDIO | COMBS INDIRECTO | 2 | 5 | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------|---------|--|---|---|-----------------|--|--|--|
| 289 | ESTUDIO | COMBS DIRECTO | 2 | 5 | | | | |
| 290 | ESTUDIO | COPROPARACITOSCOPICO 1 M | 2 | 5 | | | | |
| 291 | ESTUDIO | CORTISOL | 2 | 5 | | | | |
| 292 | ESTUDIO | CPK-MB | 2 | 5 | | | | |
| 293 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LACTICA | 2 | 5 | | | | |
| 294 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SERICOS (Na,K,CL) | 2 | 5 | | | | |
| 295 | ESTUDIO | ENZIMAS CARDIACAS | 2 | 5 | | | | |
| 296 | ESTUDIO | FORMULA BLANCA | 2 | 5 | | | | |
| 297 | ESTUDIO | FORMULA ROJA | 2 | 5 | | | | |
| 298 | ESTUDIO | FOSFATASA ACIDA /FRACCION PROSTATICA | 2 | 5 | | | | |
| 299 | ESTUDIO | FOSFATASA ACIDA TOTAL | 2 | 5 | | | | |
| 300 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 2 | 5 | | | | |
| 301 | ESTUDIO | FOSFORO SERICO | 2 | 5 | | | | |
| 302 | ESTUDIO | GAMA GLUTAMIL TRASPEPTIDASA | 2 | 5 | | | | |
| 303 | ESTUDIO | HEMOCULTIVO | 2 | 5 | | | | |
| 304 | ESTUDIO | INVESTIGACION DE PLASMODIUM | 2 | 5 | | | | |
| 305 | ESTUDIO | MAGNESIO SERICO | 2 | 5 | | | | |
| 306 | ESTUDIO | TUPTAKE(CAPTACION) | 2 | 5 | | | | |
| 307 | ESTUDIO | INDICE DE TIROXINA LIBRE T7 | 2 | 5 | | | | |
| 308 | ESTUDIO | PH Y AZUCAREZ REDUCTORES | 2 | 5 | | | | |
| 309 | ESTUDIO | PRENUCIALES POR PAREJA | 2 | 5 | | | | |
| 310 | ESTUDIO | PROLACTINA SERICA | 2 | 5 | | | | |
| 311 | ESTUDIO | PROGESTERONA SERICA | 2 | 5 | | | | |
| 312 | ESTUDIO | PROTEINAS TOTALES | 2 | 5 | | | | |
| 313 | ESTUDIO | QUIMICA SANGUINEA | 2 | 5 | | | | |
| 314 | ESTUDIO | RECUEUNTO DE PLAQUETAS | 2 | 5 | | | | |
| 315 | ESTUDIO | SANGRE OCULTA EN HECES | 2 | 5 | | | | |
| 316 | ESTUDIO | CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HRS | 2 | 5 | | | | |
| 317 | ESTUDIO | ESTRADIOL | 2 | 5 | | | | |
| 318 | ESTUDIO | ESTROGENOS TOTALES | 2 | 5 | | | | |
| 319 | ESTUDIO | TESTOSTERONA TOTAL | 2 | 5 | | | | |
| 320 | ESTUDIO | TESTOSTERONA LIBRE | 2 | 5 | | | | |
| 321 | ESTUDIO | PERFIL DE TORCH 1 solo IgM | 2 | 5 | | | | |
| 322 | ESTUDIO | PERFIL DE TORCH 1 solo IgG | 2 | 5 | | | | |
| 323 | ESTUDIO | PERFIL TORCH COMPLETO | 2 | 5 | | | | |
| 324 | ESTUDIO | ROTAVIRUS | 2 | 5 | | | | |
| 325 | ESTUDIO | PERFIL DE LIPIDOS | 2 | 5 | | | | |
| 326 | ESTUDIO | INMUNOGLOBULINA IgE | 2 | 5 | | | | |
| 327 | ESTUDIO | INMUNOGLOBULINA IgM | 2 | 5 | | | | |
| 328 | ESTUDIO | AG. CARCINOEMBRIONARIO | 2 | 5 | | | | |
| 329 | ESTUDIO | ELECTROFORESIS DE PROTEINAS | 2 | 5 | | | | |
| 330 | ESTUDIO | INR | 2 | 5 | | | | |
| 331 | ESTUDIO | LH | 2 | 5 | | | | |
| 332 | ESTUDIO | FSH | 2 | 5 | | | | |
| 333 | ESTUDIO | MAGNESIO SERICO | 2 | 5 | | | | |
| 334 | ESTUDIO | MYCOPLASMA | 2 | 5 | | | | |
| 335 | ESTUDIO | UREOPLASMA | 2 | 5 | | | | |
| 336 | ESTUDIO | GOTA GRUESA | 2 | 5 | | | | |
| 337 | ESTUDIO | ESPERMATOBIOSCOPIA DIRECTA | 2 | 5 | | | | |
| 338 | ESTUDIO | RECUEUNTO DE RETICULOCITOS | 2 | 5 | | | | |
| ULTRASONIDO | | | | | | | | |
| 339 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN SUPERIOR | 2 | 5 | | | | |
| 340 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN INFERIOR | 2 | 5 | | | | |
| RAYOS X | | | | | | | | |
| 341 | ESTUDIO | RX POR DISPARO | 2 | 5 | | | | |
| 342 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA | 2 | 5 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 37

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 20

**SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN,
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA EN SAN MARTÍN TEXMELUCAN**

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|--------------------------------|------------------|---|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| 1 | SERVICIO | CESÁREA | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| 2 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| 3 | SERVICIO | LUI | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| | | Ginecólogo, Anestesiólogo e Instrumentista | | | | | | | |
| 4 | PROCEDIMIENTO | CIRUGIA MENOR (POR PUNTO) | 10 | 10 | | | | | |
| SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | | | | | | |
| 5 | PROCEDIMIENTO | VENOCLISIS | 10 | 10 | | | | | |
| 6 | PROCEDIMIENTO | INMOVILIZACION DE FRACTURAS (CON VENDAJE DE YESO) | 10 | 10 | | | | | |
| 7 | SERVICIO | CONSULTA EXTERNA DE URGENCIAS | 10 | 10 | | | | | |
| 8 | SERVICIO | HOSPITALIZACION | 10 | 10 | | | | | |
| 9 | SERVICIO | INCUBADORA | 10 | 10 | | | | | |
| 10 | SERVICIO | CUNA | 10 | 10 | | | | | |
| 11 | SERVICIO | OBSERVACION DE URGENCIAS | 10 | 10 | | | | | |
| 12 | SERVICIO | VISITA DE ESPECIALIDAD | 10 | 10 | | | | | |
| 13 | SERVICIO | VISITA HOSPITALARIA | 10 | 10 | | | | | |
| 14 | SERVICIO | HORA OXIGENO (.81 POR MINUTO) | 10 | 10 | | | | | |
| 15 | SERVICIO | INYECCION IM/IV | 10 | 10 | | | | | |
| 16 | SERVICIO | CURACION CHICA | 10 | 10 | | | | | |
| 17 | SERVICIO | GLUCEMIA CAPILAR | 10 | 10 | | | | | |
| 18 | SERVICIO | OXIMETRIA POR EVENTO | 10 | 10 | | | | | |
| 19 | SERVICIO | MONITOR POR HORA | 10 | 10 | | | | | |
| 20 | SERVICIO | NEBULIZACIONES C/U | 10 | 10 | | | | | |
| MEDICAMENTOS | | | | | | | | | |
| 21 | MEDICAMENTO | AMBROXOL TABS. (CAJA) | 2 | 7 | | | | | |
| 22 | MEDICAMENTO | SOL. 1000 ML. HARTMAN SOLUCIÓN INYECTABLE (PZA) | 2 | 7 | | | | | |
| 23 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO Y GLUCOSA. SOLUCIÓN INYECTABLE ENVASE CON 1000 ML(PZA) | 2 | 7 | | | | | |
| 24 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO SOL. INY. AL 0.9% ENVASE 1000 ML. (PZA) | 2 | 7 | | | | | |
| 25 | MEDICAMENTO | DEXAMETASONA AMP. SOL. INYECTABLE (PZA) | 2 | 7 | | | | | |
| 26 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 100 MG./2 ML. (PZA) | 2 | 7 | | | | | |
| 27 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 500 MG./2 ML (PZA) | 2 | 7 | | | | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | |
|----|-------------|---|---|---|--|--|
| 28 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 500 MG/2 ML AMP. IV (PZA.) | 2 | 7 | | |
| 29 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA GRAG. 10 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 30 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA SOL. INY. 20 MG (PIEZA) | 2 | 7 | | |
| 31 | MEDICAMENTO | MULTIVITAMINAS 5 ML SOL. INY.(PIEZA) | 2 | 7 | | |
| 32 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA 4 MG/ML GOTAS FCO. | 2 | 7 | | |
| 33 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA SOL.INY. 10 MG/2 ML (PIEZA) | 2 | 7 | | |
| 34 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA 10 MG TAB.(CAJA) | 2 | 7 | | |
| 35 | MEDICAMENTO | RANITIDINA TAB. 150 MG. (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 36 | MEDICAMENTO | RANITIDINA JBE. 150 MG/10 ML (PZA.) | 2 | 7 | | |
| 37 | MEDICAMENTO | RANITIDINA AMP. 50 MG (PZA.) | 2 | 7 | | |
| 38 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM SOL.INY. 10 MG/2 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 39 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM TBS. 10 MG C/20 (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 40 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL 40 MG /2 ML SOL.INY.(PZA) | 2 | 7 | | |
| 41 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL TAB.25 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 42 | MEDICAMENTO | IPRATROPIO C/SALBUTAMOL 0.50 MG/2.50 MG/2.5 ML SOL. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 43 | MEDICAMENTO | METAMIZOL AMP. 1 GR. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 44 | MEDICAMENTO | AGUA INYECTABLE 10 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 45 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA 1 GR/10 ML .IV (PZA) | 2 | 7 | | |
| 46 | MEDICAMENTO | FOSFATO Y CITRATO DE SODIO SOL. 12 G-10 G/100 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 47 | MEDICAMENTO | LEVOFLOXACINO SOL. INY. AMP. 500 MG(PZA) | 2 | 7 | | |
| 48 | MEDICAMENTO | LEVOFLOXACINO TBS. 500 MG(CAJA) | 2 | 7 | | |
| 49 | MEDICAMENTO | TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL SOL.INY. 160 MG Y 800 MG (PZA) | 2 | 7 | | |
| 50 | MEDICAMENTO | TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL SUSP. 40 MG/200 MG/5 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 51 | MEDICAMENTO | TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL 80 MG Y 400 MG TBS. (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 52 | MEDICAMENTO | OMEPRAZOL AMP. 40 MG (PZA) | 2 | 7 | | |
| 53 | MEDICAMENTO | OXITOCINA AMP. SOL. INY. 5 UI/ML 50 (PZA) | 2 | 7 | | |
| 54 | MEDICAMENTO | NIFEDIPINO 10 MG CAPS. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 56 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA SOL.INY. 20 MG/2 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 57 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA TAB. 40 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 58 | MEDICAMENTO | LORATADINA JBE. 5 MG /5 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 59 | MEDICAMENTO | LORATADINA TAB. 10 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 60 | MEDICAMENTO | AMPICILINA SUSP. 250 MG (PZA) | 2 | 7 | | |
| 61 | MEDICAMENTO | AMPICILINA TAB. 500 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 62 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA- ACIDO CLAVULINICO SUSP. 125 MG(PZA) | 2 | 7 | | |
| 63 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA - ACIDO CLAVULINICO TAB. 500 (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 64 | MEDICAMENTO | DICLOFENACO CAPS. 10 MG GRAG. (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 65 | MEDICAMENTO | DICLOFENACO SOL. INY. 75 MG/3ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 66 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA CAPS. 300 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 67 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA SOL. INY. 300 MG/2 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 68 | MEDICAMENTO | SOL. HARTMAN SOL. INY. DE 500 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 69 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO Y GLUCOSA DE 500 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 70 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO 0.9% SOL. INY. ENVASE 500 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 71 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. AL 10% DE 1000 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 72 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. 50% DE 50 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 73 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. 5% 500 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 74 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. 5% 1000 (PZA) | 2 | 7 | | |
| 75 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL SOL. INY. 500 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 76 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL TAB. 500 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 77 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO SOL. INY. 0.9 % ENVASE 250 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 78 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. 5% DE 500 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 79 | MEDICAMENTO | ATROPINA SOL. INY. 1 MG (PZA) | 2 | 7 | | |
| 80 | MEDICAMENTO | CLORFENAMINA COMP. (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 81 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL SUPOS. 300 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 82 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL ORAL 100 MG/ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 83 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL TAB. 500 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 84 | MEDICAMENTO | GENTAMICINA SOL.INY. 80 MG (PZA) | 2 | 7 | | |
| 85 | MEDICAMENTO | ISOSORBIDE TBS. SUBLINGUAL 5 MG (PZA) | 2 | 7 | | |
| 86 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO TAB. C/250 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 87 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO INY. 200 MG/100 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 88 | MEDICAMENTO | KETOROLACO INY. 30 MG (PZA) | 2 | 7 | | |



| | | | | | | |
|-------------------|-------------|---|---|---|--|--|
| 89 | MEDICAMENTO | NAPROXENO TAB. 250 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 90 | MEDICAMENTO | NAPROXENO SUSP. ORAL 125 MG/5 ML (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 91 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA CAPS. . 500 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 92 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA INY. 250/5 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 93 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA SUSP.250 MG/5 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 94 | MEDICAMENTO | NIFEDIPINO CAPS. DE GELATINA BLANDA 10 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 95 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA CAPS. 300 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 96 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA-ACIDO CLAVULANICO TAB. 500 MG/125 MG (PZA) | 2 | 7 | | |
| 97 | MEDICAMENTO | CLARITROMICINA TAB 250 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 98 | MEDICAMENTO | BUDESONIDA SUSP. PARA NEBULIZAR 0.250 MG AMP (PZA) | 2 | 7 | | |
| 99 | MEDICAMENTO | VACUNA TOXOIDE TETANICO (PZA) | 2 | 7 | | |
| 100 | MEDICAMENTO | CLONIXINATO DE LISINA SOL. INY. 100 MG/2 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 101 | MEDICAMENTO | TRAMADOL SOL. INY. 100 MG/2 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 102 | MEDICAMENTO | TRAMADOL - PARECETAMOL TAB. 37.5 MG/325.0 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 103 | MEDICAMENTO | FENITOINA SUSP. ORAL 37.5 MG/5 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 104 | MEDICAMENTO | FENITOINA TAB. 100 MG (CAJA) | 2 | 7 | | |
| 105 | MEDICAMENTO | FENITOINA SOL. INY. 250 MG/ 5 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 106 | MEDICAMENTO | GLUCOSA SOL. INY. AL 5% 250 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 107 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA SOL. INY. 100 MG/2 ML PZA. | 2 | 7 | | |
| 108 | MEDICAMENTO | ERITROMICINA SUSP. 250 MG/5 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 109 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO SUSP. 125 MG 5 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 110 | MEDICAMENTO | METILPREDNISOLA SOL. INY. 500 MG/8ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 111 | MEDICAMENTO | METILPREDNISOLONA SUSPENSION INYECTABLE 40 MG/ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 112 | MEDICAMENTO | ERITROMICINA CAPSULA O TABLETA 500 MG (PZA) | 2 | 7 | | |
| 113 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA 800,000 UNIDADES UN FRASCO AMPULA Y 2 ML DE DIL. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 114 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA 400,000 UNIDADES ENVASE FRASCO AMPULA Y 2 ML DIL. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 115 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% (PZA) | 2 | 7 | | |
| MATERIALES | | | | | | |
| 116 | PIEZA | JERINGA 1 ML. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 117 | PIEZA | AGUJA HIP. 32 MM (PZA) | 2 | 7 | | |
| 118 | PIEZA | SONDA NASOGASTRICA K31 (PZA) | 2 | 7 | | |
| 119 | PIEZA | JERINGA 20 ML. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 120 | PIEZA | GASA SIMPLE 10 CM (PZA) | 2 | 7 | | |
| 121 | PIEZA | CATER PARA SUMINISTRO DE OXIGENO CON TUBO DE CONEXIÓN Y CANULA NASAL DE PLASTICO CON DIAMETRO INTERNO DE 2.0 MM LONGITU 180 CM (PZA) Sonda K-29 | 2 | 7 | | |
| 122 | PIEZA | JERINGA 10 ML. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 123 | PIEZA | JERINGA 5 ML. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 124 | PIEZA | JERINGA 3 ML. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 125 | PIEZA | VENDA ELASTICA 10 CM. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 126 | PIEZA | EQUIPO PARA VENOCLISIS SIN AGUJA, ESTERILES DESECHABLES NORMOGOTERO (PZA) | 2 | 7 | | |
| 127 | PIEZA | EQUIPO PARA VENOCLISIS SIN AGUJA, ESTERILES DESECHABLES MICROGOTERO (PZA) | 2 | 7 | | |
| 128 | PIEZA | SUTURA CATGUT CROMICO 2/0 CON AGUJA (25-27 MM) | 2 | 7 | | |
| 129 | PIEZA | SUTURA CATGUT CROMICO 2/0 CON AGUJA (35-37 MM) | 2 | 7 | | |
| 130 | PIEZA | SUTURA CATGUT CROMICO 3/0 CON AGUJA (25-27 MM) | 2 | 7 | | |
| 131 | PIEZA | SUTURA SINTETICA DERMALON 2-0 (PZA) | 2 | 7 | | |
| 132 | PIEZA | CUBREBOCAS (PZA) | 2 | 7 | | |
| 133 | PIEZA | BOTA QUIRURGICA DE TELA NO TEJIDA 100% POLIPROPILENO TIPO SMS 35 G/M2 | 2 | 7 | | |
| 134 | PIEZA | ALGODÓN EN LAMINA PLISADO 300 MG. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 135 | PIEZA | TIRA REACTIVA PARA DETERMINACION DE GLUCOSA EN SANGRE (PZA) | 2 | 7 | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | |
|------------------------------------|---------|--|---|---|--|--|
| 136 | PIEZA | LANCETA METALICA CALIBRE 30 G (PZA) | 2 | 7 | | |
| 137 | PIEZA | PAÑAL ADULTO (PZA) | 2 | 7 | | |
| 138 | PIEZA | ALGODÓN 100 GR. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 139 | PIEZA | CATETER VENOSO CALIBRE 17 Y 18 PUNZOCAT (PZA) | 2 | 7 | | |
| 140 | PIEZA | GUANTE DESECHABLE AMBIDIESTRO (PZA) | 2 | 7 | | |
| 141 | PIEZA | JERINGA PEDIATRICA 3 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 142 | PIEZA | SABANA DES. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 143 | PIEZA | ESPEJO VAGINAL (PZA) | 2 | 7 | | |
| 144 | PIEZA | ELECTRODOS (PZA) | 2 | 7 | | |
| 145 | PIEZA | CANULA RECTAL DESECHABLE CHICA Y MEDIANA (PZA) | 2 | 7 | | |
| 146 | PIEZA | CANULA OROTRAQUEAL N.7 (PZA) | 2 | 7 | | |
| 147 | PIEZA | SONDA FOLEY 5 ML (PZA) | 2 | 7 | | |
| 148 | PIEZA | SONDA NELATON CALIBRE 16 FR (PZA) | 2 | 7 | | |
| 149 | PIEZA | BOLSA PARA RECOLECCIÓN DE ORINA (CISTOFLO) (PZA) | 2 | 7 | | |
| 150 | PIEZA | VENDA 30 CM. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 151 | PIEZA | RASTRILLO (PZA) | 2 | 7 | | |
| 152 | PIEZA | MASCARILLA PARA NEBULIZACIÓN (PZA) | 2 | 7 | | |
| 153 | PIEZA | APOSITO MEDIDA 20 X 13 CM (PZA) | 2 | 7 | | |
| 154 | PIEZA | SUTURA SEDA NEGRA 2-0 (PZA) | 2 | 7 | | |
| 155 | PIEZA | VENDA 15 CM. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 156 | PIEZA | EQUIPO PARA APLICACIÓN DE VOLUMENES MEDIDOS (METRIZET) (PZA) | 2 | 7 | | |
| 157 | PIEZA | CINTA TRANSPARENTE (TRANSPORE) (PZA) | 2 | 7 | | |
| 158 | PIEZA | TELA ADHESIVA 2.50, 5 0 7.50 CM (PZA) | 2 | 7 | | |
| 159 | PIEZA | TELA ADHESIVA 10 M (PZA) 5 CM | 2 | 7 | | |
| 160 | PIEZA | TELA ADHESIVA 10 M (PZA) 7.50 CM | 2 | 7 | | |
| 161 | PIEZA | CATETER PERIFERICO DE SEGURIDAD, PARA LA INFUSIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS 24 G | 2 | 7 | | |
| 162 | PIEZA | APLICADOR CON ALGODÓN DE MADERA (ISOPO) (PZA) | 2 | 7 | | |
| 163 | PIEZA | VENDA 5 CM. (PZA) | 2 | 7 | | |
| 164 | PIEZA | AGUJA HIPODERMICA CON PABELLON LUER- LOCK HEMBRA DE PLASTICO DESECHABLE, LONGITUD 16 MM CALIBRE 25 G (PZA) | 2 | 7 | | |
| 165 | PIEZA | HOJA DE BISTURI 10 (PZA) | 2 | 7 | | |
| 166 | PIEZA | HOJA DE BISTURI 11 (PZA) | 2 | 7 | | |
| 167 | PIEZA | HOJA DE BISTURI 12 (PZA) | 2 | 7 | | |
| 168 | PIEZA | HOJA DE BISTURI 15 (PZA) | 2 | 7 | | |
| 169 | PIEZA | HOJA DE BISTURI No 23 (PZA) | 2 | 7 | | |
| 170 | PIEZA | CINTA UMBILICAL (PZA) | 2 | 7 | | |
| 171 | PIEZA | SONDA DE ASPIRACION 14 FR (PZA) | 2 | 7 | | |
| 172 | PIEZA | SONDA DE ASPIRACION 10 FR (PZA) | 2 | 7 | | |
| 173 | PIEZA | SONDA DE ASPIRACION 18 FR (PZA) | 2 | 7 | | |
| 174 | PIEZA | FRASCO RECOLECTOR DE ORINA (PZA) | 2 | 7 | | |
| 175 | PIEZA | AGUA OXIGENADA 2.5 A 3.5% (PZA) | 2 | 7 | | |
| GRUPO HEMATOLOGÍA | | | | | | |
| 176 | ESTUDIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA | 2 | 7 | | |
| 177 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 2 | 7 | | |
| QUIMICA CLINICA | | | | | | |
| 178 | ESTUDIO | GLUCOSA | 2 | 7 | | |
| 179 | ESTUDIO | UREA | 2 | 7 | | |
| 180 | ESTUDIO | CREATININA | 2 | 7 | | |
| 181 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 2 | 7 | | |
| 182 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 2 | 7 | | |
| 183 | ESTUDIO | AMILASA | 2 | 7 | | |
| 184 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 2 | 7 | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | | | | | |
| 185 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 2 | 7 | | |
| 186 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 2 | 7 | | |
| 187 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 2 | 7 | | |
| 188 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 2 | 7 | | |
| 189 | ESTUDIO | AST-TGO | 2 | 7 | | |
| 190 | ESTUDIO | ALT-TGP | 2 | 7 | | |
| 191 | ESTUDIO | DESHIDROGENASA LACTICA | 2 | 7 | | |
| 192 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 2 | 7 | | |
| 193 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 2 | 7 | | |
| INMUNOLOGÍA | | | | | | |
| 194 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO | 2 | 7 | | |



| PRUEBAS METABÓLICAS | | | | | | | |
|---------------------|---------|-------------------------------|---|---|--|--|--|
| 195 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS NA | 2 | 7 | | | |
| 196 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CL | 2 | 7 | | | |
| 197 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS K | 2 | 7 | | | |
| 198 | ESTUDIO | ELECTROLITOS SÉRICOS CA | 2 | 7 | | | |
| ULTRASONIDO | | | | | | | |
| 199 | ESTUDIO | ULTRASONIDO POR REGION | 2 | 7 | | | |
| RAYOS X | | | | | | | |
| 200 | ESTUDIO | RX POR REGION | 2 | 7 | | | |
| 201 | ESTUDIO | TORAX AP | 2 | 7 | | | |
| 202 | ESTUDIO | SIMPLE ABDOMEN "UNA POSICION" | 2 | 7 | | | |
| 203 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA | 2 | 7 | | | |
| SUBTOTAL | | | | | | | |
| IVA | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | |

ANEXO 38

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 21

**SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN,
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA EN CIUDAD SERDÁN**

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|-----|------------------|--|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| 1 | SERVICIO | CESÁREA | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| | | Ginecólogo, Anestesiólogo, Ayudante, Pediatra e Instrumentista | | | | | | | |
| 2 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| | | Ginecólogo y Pediatra | | | | | | | |
| 3 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| | | Ginecólogo, Anestesiólogo y Pediatra | | | | | | | |
| 4 | SERVICIO | LUI | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| | | Ginecólogo, Anestesiólogo e Instrumentista | | | | | | | |
| 5 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA | 10 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | |
|----|---------------|--|----|----|--|--|--|
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista | | | | | |
| 4 | SERVICIO | PLASTÍA INGUINAL | 10 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista | | | | | |
| 5 | SERVICIO | PLASTÍA UMBILICAL | 10 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista | | | | | |
| 6 | SERVICIO | COLECISTECTOMÍA | 10 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | |
| | | Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista | | | | | |
| 7 | PROCEDIMIENTO | ABSCESO DEBRIDACIÓN | 10 | 10 | | | |
| 8 | PROCEDIMIENTO | ANESTESIA BEDU Y GENERAL | 10 | 10 | | | |
| 9 | PROCEDIMIENTO | CIRUGÍA MENOR | 10 | 10 | | | |
| 10 | PROCEDIMIENTO | COLPOPLASTÍA ANTERIOR | 10 | 10 | | | |
| 11 | PROCEDIMIENTO | COLPOPLASTÍA ANTERIOR Y POST. | 10 | 10 | | | |
| 12 | PROCEDIMIENTO | EMBARAZO ECTÓPICO | 10 | 10 | | | |
| 13 | PROCEDIMIENTO | EXERCIS DE FIBROADENOMA | 10 | 10 | | | |
| 14 | PROCEDIMIENTO | HEMORROIDECTOMIA | 10 | 10 | | | |
| 15 | PROCEDIMIENTO | HISTERECTOMÍA | 10 | 10 | | | |
| 16 | PROCEDIMIENTO | LAPAROTOMÍA | 10 | 10 | | | |
| 17 | PROCEDIMIENTO | MARSUPIALIZACIÓN | 10 | 10 | | | |
| 18 | PROCEDIMIENTO | PLASTÍA INGUINAL | 10 | 10 | | | |
| 19 | PROCEDIMIENTO | PLASTÍA UMBILICAL | 10 | 10 | | | |
| 20 | PROCEDIMIENTO | QUISTE DE OVARIO | 10 | 10 | | | |
| 21 | PROCEDIMIENTO | RESECCIÓN DE QUISTES SINOVIALES | 10 | 10 | | | |
| 22 | PROCEDIMIENTO | RESECCIÓN DE TUMORES PARTES BLANDAS | 10 | 10 | | | |
| 23 | PROCEDIMIENTO | SALPINGOCLASIA | 10 | 10 | | | |



| | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------|---|----|----|--|--|--|
| 24 | PROCEDIMIENTO | SISTERETROPEXIA PEREGRINA | 10 | 10 | | | |
| 25 | PROCEDIMIENTO | VENODISECCIÓN | 10 | 10 | | | |
| SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | | | | |
| 26 | SERVICIO | APLICACION DE INYECCIONES | 2 | 5 | | | |
| 27 | SERVICIO | AYUDANTÍA QUIRÚRGICA | 2 | 5 | | | |
| 28 | SERVICIO | CANALIZACION | 2 | 5 | | | |
| 29 | SERVICIO | CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD | 2 | 5 | | | |
| 30 | SERVICIO | CONSULTA VISITA MEDICA | 2 | 5 | | | |
| 31 | SERVICIO | DERECHO A ANESTESIA | 2 | 5 | | | |
| 32 | SERVICIO | DERECHO A SALA | 2 | 5 | | | |
| 33 | SERVICIO | DERECHO A SALA DE URGENCIAS | 2 | 5 | | | |
| 34 | SERVICIO | DIETA LIQUIDA | 2 | 5 | | | |
| 35 | SERVICIO | DIETA NORMAL | 2 | 5 | | | |
| 36 | SERVICIO | DIETA PACIENTE DIABÉTICO | 2 | 5 | | | |
| 37 | SERVICIO | ELECTROCARDIOGRAMA CON INTERPRETACIÓN | 2 | 5 | | | |
| 38 | SERVICIO | ELECTROCAUTERIO POR EVENTO | 2 | 5 | | | |
| 39 | SERVICIO | ESTANCIA HOSPITALARIA | 2 | 5 | | | |
| 40 | SERVICIO | ESTANCIA MEDICA POR OBSERVACION 4 HRS | 2 | 5 | | | |
| 41 | SERVICIO | ESTANCIA PEDIÁTRICA (DÍA CUNA) | 2 | 5 | | | |
| 42 | SERVICIO | HORA INCUBADORA | 2 | 5 | | | |
| 43 | SERVICIO | INCUBADORA 12 HORAS | 2 | 5 | | | |
| 44 | SERVICIO | INCUBADORA 6 HORAS | 2 | 5 | | | |
| 45 | SERVICIO | INCUBADORA POR DÍA | 2 | 5 | | | |
| 46 | SERVICIO | INSTRUMENTISTA | 2 | 5 | | | |
| 47 | SERVICIO | LECTURA NIVEL GLUCOSA CON GLUCOMETRO | 2 | 5 | | | |
| 48 | SERVICIO | MÁQUINA DE ANESTESIA GENERAL 1 HORA | 2 | 5 | | | |
| 49 | SERVICIO | MÁQUINA DE ANESTESIA GENERAL FRACCIÓN ADICIONAL | 2 | 5 | | | |
| 50 | SERVICIO | MONITOR DE SIGNOS VITALES 1 HORA | 2 | 5 | | | |
| 51 | SERVICIO | MONITOR DE SIGNOS VITALES FRACCIÓN ADICIONAL | 2 | 5 | | | |
| 52 | SERVICIO | NEBULIZACION X EVENTO | 2 | 5 | | | |
| 53 | SERVICIO | PAPELERÍA PARA EXPEDIENTE | 2 | 5 | | | |
| MEDICAMENTOS | | | | | | | |
| 54 | MEDICAMENTO | ACETATO DE METILPREDNISOLONA 40MG/7ML SOL INY | 2 | 5 | | | |
| 55 | MEDICAMENTO | ADRENALINA/EPINEFRINA 1MG/1ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 56 | MEDICAMENTO | AGUA INYECTABLE 1000 ML | 2 | 5 | | | |
| 57 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SOL INY 2 ML AMP | 2 | 5 | | | |
| 58 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 100 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 59 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 500 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |

| | | | | | | | |
|----|-------------|---|---|---|--|--|--|
| 60 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1G SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 61 | MEDICAMENTO | ATROPINA 1 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 62 | MEDICAMENTO | BICARBONATO DE SODIO 7.5% SOL INY 10 ML | 2 | 5 | | | |
| 63 | MEDICAMENTO | BICARBONATO DE SODIO 7.5% SOL INY 50 ML | 2 | 5 | | | |
| 64 | MEDICAMENTO | BROMURO BUTISHIOSCINA-METAMIZOL 20 MG/2.5 G SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 65 | MEDICAMENTO | BROMURO IPRATROPIO/SALBUTAMOL SOL INY (COMBIVENT) AMP | 2 | 5 | | | |
| 66 | MEDICAMENTO | BUMETANIDA SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 67 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 68 | MEDICAMENTO | BUVACAINA/EPINEFRINA 1 ML SOLUCIÓN INYECTABLE | 2 | 5 | | | |
| 69 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 25 MG TAB | 2 | 5 | | | |
| 70 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO 200 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 71 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA 600 MG/4ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 72 | MEDICAMENTO | CLOROPIRAMINA 20 MG SOL INY AMP(AVAPENA) | 2 | 5 | | | |
| 73 | MEDICAMENTO | CLORURO DE POTASIO SOL INY 5 ML AMP | 2 | 5 | | | |
| 74 | MEDICAMENTO | DEXAMETASONA 8 MG SOL INY 2 ML AMP | 2 | 5 | | | |
| 75 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM 10 MG/2ML SOL INYECTABLE AMPULA | 2 | 5 | | | |
| 76 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL 40 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 77 | MEDICAMENTO | DIGOXINA 0.5MG/2ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 78 | MEDICAMENTO | DINITRATO DE ISOSORBIDA 10 MG TAB | 2 | 5 | | | |
| 79 | MEDICAMENTO | DINITRATO DE ISOSORBIDA 5 MG TAB | 2 | 5 | | | |
| 80 | MEDICAMENTO | EFEDRINA 50MG/2ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 81 | MEDICAMENTO | ERGOTRATE 0.2MG/1ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 82 | MEDICAMENTO | FENITOINA 250 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 83 | MEDICAMENTO | FENTANILO 0.5 MG/10 ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 84 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 10 MG/1 ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 85 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 2 MG/0.2 ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 86 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA 10 MG/2ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 87 | MEDICAMENTO | GELAFUNDIN SOL INY 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 88 | MEDICAMENTO | GLUCONATO DE CALCIO 100 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 89 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA 100 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 90 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA 500 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 91 | MEDICAMENTO | IMIPENEM/CILASTINA SODICA 500 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 92 | MEDICAMENTO | INSULINA X UNIDAD | 2 | 5 | | | |
| 93 | MEDICAMENTO | KETOROLACO 30 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 94 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% 1 ML SOL INY | 2 | 5 | | | |
| 95 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% SOL INY 50 ML | 2 | 5 | | | |
| 96 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA/EPINEFRINA 1 ML SOL INY | 2 | 5 | | | |
| 97 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA/EPINEFRINA SOL INY 50 ML | 2 | 5 | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------|-------------|--|---|---|--|--|--|
| 98 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 1G/2ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 99 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA 10 MG/2ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 100 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL 500 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 101 | MEDICAMENTO | MIDAZOLAM 15MG/2ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 102 | MEDICAMENTO | NALBUFINA 10 MG SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 103 | MEDICAMENTO | NIFEDIPINO 10 MG CAP | 2 | 5 | | | |
| 104 | MEDICAMENTO | OXITOCINA 5 UI 1 ML SOL INY | 2 | 5 | | | |
| 105 | MEDICAMENTO | PARCHE DE NITROGLICERINA C/1 | 2 | 5 | | | |
| 106 | MEDICAMENTO | PENICILINA CRISTALINA 1000000 UI SOL INY | 2 | 5 | | | |
| 107 | MEDICAMENTO | PENICILINA CRISTALINA 5000000 UI SOL INY | 2 | 5 | | | |
| 108 | MEDICAMENTO | PROPANOLOL 40 MG TAB | 2 | 5 | | | |
| 109 | MEDICAMENTO | RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY | 2 | 5 | | | |
| 110 | MEDICAMENTO | SALBUTAMOL 5 MG/10 ML P/NEBULIZAR (VENTOLIN) | 2 | 5 | | | |
| 111 | MEDICAMENTO | SALBUTAMOL 5MG 1 ML P/NEBULIZAR (VENTOLIN) | 2 | 5 | | | |
| 112 | MEDICAMENTO | SEVOFLURANO 1 ML | 2 | 5 | | | |
| 113 | MEDICAMENTO | SOL FISIOLÓGICA 1000 ML | 2 | 5 | | | |
| 114 | MEDICAMENTO | SOL FISIOLÓGICA 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 115 | MEDICAMENTO | SOL GLUCOSADA 10% 1000 ML | 2 | 5 | | | |
| 116 | MEDICAMENTO | SOL GLUCOSADA 10% 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 117 | MEDICAMENTO | SOL GLUCOSADA 5% 1000 ML | 2 | 5 | | | |
| 118 | MEDICAMENTO | SOL GLUCOSADA 5% 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 119 | MEDICAMENTO | SOL GLUCOSADA 50% 50 ML | 2 | 5 | | | |
| 120 | MEDICAMENTO | SOL HARTMAN 1000 ML | 2 | 5 | | | |
| 121 | MEDICAMENTO | SOL HARTMAN 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 122 | MEDICAMENTO | SOL MIXTA 1000 ML | 2 | 5 | | | |
| 123 | MEDICAMENTO | SOL MIXTA 500 ML | 2 | 5 | | | |
| 124 | MEDICAMENTO | SULFATO DE MAGNESIO 1G/10 ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 125 | MEDICAMENTO | TRAMADOL 100 MG/2ML SOL INY AMP | 2 | 5 | | | |
| 126 | MEDICAMENTO | VITAMINA K 2MG | 2 | 5 | | | |
| MATERIALES | | | | | | | |
| 126 | PIEZA | ABATELenguas | 2 | 5 | | | |
| 127 | PIEZA | AGUJA DE INSULINA 27*3 ML | 2 | 5 | | | |
| 128 | PIEZA | AGUJA HIP 20*32 MM (AMARILLA) | 2 | 5 | | | |
| 129 | PIEZA | APÓSITOS | 2 | 5 | | | |
| 130 | PIEZA | BOLSA RECOLECTORA DE ORINA AD (CISTOFLOD) | 2 | 5 | | | |
| 131 | PIEZA | BOLSA RPBI | 2 | 5 | | | |
| 132 | PIEZA | BOTA DESECHABLE QX PAR | 2 | 5 | | | |
| 133 | PIEZA | CÁNULA / TUBO ENDOTRAQUEAL | 2 | 5 | | | |
| 134 | PIEZA | CATETER /CÁNULA EPIDURAL | 2 | 5 | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|-------|---|---|---|--|--|--|--|
| 135 | PIEZA | CATÉTER/PUNTA NASAL DE OXIGENO ADULTO | 2 | 5 | | | | |
| 136 | PIEZA | CATÉTER/PUNTA NASAL DE OXIGENO PEDIÁTRICO | 2 | 5 | | | | |
| 137 | PIEZA | COLLARÍN BLANDO | 2 | 5 | | | | |
| 138 | PIEZA | CUBREBOCAS DESECHABLES | 2 | 5 | | | | |
| 139 | PIEZA | GASA CON TRAMA PAQUETE CON 10 | 2 | 5 | | | | |
| 140 | PIEZA | GASA SIMPLE 10X10 C/10 | 2 | 5 | | | | |
| 141 | PIEZA | GASA SIMPLE 7.5X5 C/10 | 2 | 5 | | | | |
| 142 | PIEZA | GORRO DESECHABLE QX | 2 | 5 | | | | |
| 143 | PIEZA | GUANTE QX CIRUJANO | 2 | 5 | | | | |
| 144 | PIEZA | GUANTE TACTO | 2 | 5 | | | | |
| 145 | PIEZA | HOJA DE BISTURÍ | 2 | 5 | | | | |
| 146 | PIEZA | JERINGA 20 ML SA | 2 | 5 | | | | |
| 147 | PIEZA | JERINGA HIP 1 ML INSULINA | 2 | 5 | | | | |
| 148 | PIEZA | JERINGA HIP 10 ML | 2 | 5 | | | | |
| 149 | PIEZA | JERINGA HIP 3 ML | 2 | 5 | | | | |
| 150 | PIEZA | JERINGA HIP 5 ML | 2 | 5 | | | | |
| 151 | PIEZA | LANCETA | 2 | 5 | | | | |
| 152 | PIEZA | MASCARILLA OXÍGENO ADULTO | 2 | 5 | | | | |
| 153 | PIEZA | MASCARILLA DE OXÍGENO PEDIÁTRICA | 2 | 5 | | | | |
| 154 | PIEZA | MASCARILLA NEBULIZACIÓN AD | 2 | 5 | | | | |
| 155 | PIEZA | MASCARILLA NEBULIZACIÓN PEDIÁTRICA | 2 | 5 | | | | |
| 156 | PIEZA | METRIZET 150 ML | 2 | 5 | | | | |
| 157 | PIEZA | MICROGOTERO | 2 | 5 | | | | |
| 158 | PIEZA | NORMOGOTERO | 2 | 5 | | | | |
| 159 | PIEZA | OXIGENO MEDICINAL X HORA | 2 | 5 | | | | |
| 160 | PIEZA | PUNZOCATH | 2 | 5 | | | | |
| 161 | PIEZA | SONDA DE ASPIRACIÓN | 2 | 5 | | | | |
| 162 | PIEZA | SONDA FOLEY 2V | 2 | 5 | | | | |
| 163 | PIEZA | SONDA FOLEY 3V | 2 | 5 | | | | |
| 164 | PIEZA | SONDA NEOLATÓN | 2 | 5 | | | | |
| 165 | PIEZA | SPINOCAN NÚMERO 26 | 2 | 5 | | | | |
| 166 | PIEZA | SPINOCAN NÚMERO 27 | 2 | 5 | | | | |
| 167 | PIEZA | SUTURA | 2 | 5 | | | | |
| 168 | PIEZA | SUTURA AC POLIGLICOLICO/VICRIL | 2 | 5 | | | | |
| 169 | PIEZA | SUTURA CROMICO | 2 | 5 | | | | |
| 170 | PIEZA | SUTURA NYLON | 2 | 5 | | | | |
| 171 | PIEZA | TIRA REACTIVA (DEXTOSTIX) | 2 | 5 | | | | |
| 172 | PIEZA | TUBO PENROSE | 2 | 5 | | | | |
| 173 | PIEZA | VENDA ELÁSTICA 10 CM | 2 | 5 | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|---------|----------------------------------|---|---|--|--|--|
| 174 | PIEZA | VENDA ELASTICA 30 CM | 2 | 5 | | | |
| 175 | PIEZA | VENDA HUATA 10 CM | 2 | 5 | | | |
| 176 | PIEZA | VENDA HUATA 15 CM | 2 | 5 | | | |
| 177 | PIEZA | VENDA YESO 10 CM | 2 | 5 | | | |
| 178 | PIEZA | VENDA YESO 15 CM | 2 | 5 | | | |
| GRUPO HEMATOLOGIA | | | | | | | |
| 179 | ESTUDIO | BIOMETRIA HEMÁTICA | 2 | 5 | | | |
| 180 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | 2 | 5 | | | |
| 181 | ESTUDIO | GPO. SANGUINEO Y RH. | 2 | 5 | | | |
| 182 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 2 | 5 | | | |
| 183 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 2 | 5 | | | |
| QUIMICA CLINICA | | | | | | | |
| 184 | ESTUDIO | GLUCOSA | 2 | 5 | | | |
| 185 | ESTUDIO | UREA | 2 | 5 | | | |
| 186 | ESTUDIO | CREATININA | 2 | 5 | | | |
| 187 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 2 | 5 | | | |
| 188 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | 2 | 5 | | | |
| 189 | ESTUDIO | AMILASA | 2 | 5 | | | |
| 190 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 2 | 5 | | | |
| PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA | | | | | | | |
| 191 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 2 | 5 | | | |
| 192 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 2 | 5 | | | |
| 193 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 2 | 5 | | | |
| 194 | ESTUDIO | TRANSAMINASAS 60 Y 6P | 2 | 5 | | | |
| 195 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA | 2 | 5 | | | |
| 196 | ESTUDIO | AST-TGO | 2 | 5 | | | |
| 197 | ESTUDIO | ALT-TGP | 2 | 5 | | | |
| 198 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 2 | 5 | | | |
| 199 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 2 | 5 | | | |
| PARASITOLOGIA | | | | | | | |
| 200 | ESTUDIO | CPS. SERIADO 3 MUESTRAS | 2 | 5 | | | |
| BACTERIOLOGIA | | | | | | | |
| 201 | ESTUDIO | UROCULTIVO | 2 | 5 | | | |
| 202 | ESTUDIO | BARR TRES MUESTRAS | 2 | 5 | | | |
| 203 | ESTUDIO | EXUDADO CERVICO VAGINAL | 2 | 5 | | | |
| 204 | ESTUDIO | EXUDADO FARINGEO | 2 | 5 | | | |
| INMUNOLOGIA | | | | | | | |
| 205 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | 2 | 5 | | | |
| 206 | ESTUDIO | VDRL. | 2 | 5 | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------|---------|---|---|---|--|--|--|
| 207 | ESTUDIO | VIH | 2 | 5 | | | |
| 208 | ESTUDIO | ANTIESTREPTOLISINAS | 2 | 5 | | | |
| 209 | ESTUDIO | PRUEBA INMUNOLOGICA DEL EMBARAZO | 2 | 5 | | | |
| ULTRASONIDO | | | | | | | |
| 210 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR | 2 | 5 | | | |
| 211 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PELVICO | 2 | 5 | | | |
| 212 | ESTUDIO | ULTRASONIDO PELVICO ENDOVAGINAL | 2 | 5 | | | |
| 213 | ESTUDIO | ULTRASONIDO OBSTETRICO | 2 | 5 | | | |
| 214 | ESTUDIO | ULTRASONIDO HIGADO Y VIAS BILIARES | 2 | 5 | | | |
| 215 | ESTUDIO | ULTRASONIDO MAMARIO | 2 | 5 | | | |
| 216 | ESTUDIO | ULTRASONIDO ESPLENICO | 2 | 5 | | | |
| RAYOS X | | | | | | | |
| 217 | ESTUDIO | ABDOMEN SIMPLE | 2 | 5 | | | |
| 218 | ESTUDIO | ANTEBRAZO ADULTO | 2 | 5 | | | |
| 219 | ESTUDIO | ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES | 2 | 5 | | | |
| 220 | ESTUDIO | TORAX PA | 2 | 5 | | | |
| 221 | ESTUDIO | CEFALOPELVIMETRIA | 2 | 5 | | | |
| 222 | ESTUDIO | CLAVÍCULA | 2 | 5 | | | |
| 223 | ESTUDIO | CODO | 2 | 5 | | | |
| 224 | ESTUDIO | COLUMNA CERVICAL DORSAL | 2 | 5 | | | |
| 225 | ESTUDIO | COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL | 2 | 5 | | | |
| 226 | ESTUDIO | COLUMNA VERTEBRAL ESTUDIO DINÁMICO | 2 | 5 | | | |
| 227 | ESTUDIO | CONDUCTOS AUDITIVOS | 2 | 5 | | | |
| 228 | ESTUDIO | COSTILLAS O ESTERNÓN (TÓRAX ÓSEO) | 2 | 5 | | | |
| 229 | ESTUDIO | CRÁNEO | 2 | 5 | | | |
| 230 | ESTUDIO | CUELLO AP Y LAT PARTES BLANDAS | 2 | 5 | | | |
| 231 | ESTUDIO | FÉMUR A.P. | 2 | 5 | | | |
| 232 | ESTUDIO | FÉMUR A.P. V.L. | 2 | 5 | | | |
| 233 | ESTUDIO | FÉMUR COMPARATIVO | 2 | 5 | | | |
| 234 | ESTUDIO | HOMBRO | 2 | 5 | | | |
| 235 | ESTUDIO | HOMBROS COMPARATIVOS | 2 | 5 | | | |
| 236 | ESTUDIO | HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ PERFILOGRAMA | 2 | 5 | | | |
| 237 | ESTUDIO | HÚMERO | 2 | 5 | | | |
| 238 | ESTUDIO | HÚMEROS COMPARATIVOS | 2 | 5 | | | |
| 239 | ESTUDIO | LARINGE | 2 | 5 | | | |
| 240 | ESTUDIO | LATERAL DE CUELLO | 2 | 5 | | | |
| 241 | ESTUDIO | MACISO FACIAL | 2 | 5 | | | |
| 242 | ESTUDIO | MANO | 2 | 5 | | | |
| 243 | ESTUDIO | MANOS COMPARATIVAS | 2 | 5 | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|---------|---------------------------|---|---|-----------------|--|--|--|
| 244 | ESTUDIO | MATOIDES CONVENCIONAL | 2 | 5 | | | | |
| 245 | ESTUDIO | MUÑECA ESCAFOIDES Y CARPO | 2 | 5 | | | | |
| 246 | ESTUDIO | OMÓPLATO | 2 | 5 | | | | |
| 247 | ESTUDIO | OMÓPLATO COMPARATIVO | 2 | 5 | | | | |
| 248 | ESTUDIO | ÓRBITAS POR PLACA | 2 | 5 | | | | |
| 249 | ESTUDIO | PELVIS A.P. | 2 | 5 | | | | |
| 250 | ESTUDIO | PIE | 2 | 5 | | | | |
| 251 | ESTUDIO | PIERNA | 2 | 5 | | | | |
| 252 | ESTUDIO | RODILLA | 2 | 5 | | | | |
| 253 | ESTUDIO | RODILLA COMPARATIVA | 2 | 5 | | | | |
| 254 | ESTUDIO | RÓTULA | 2 | 5 | | | | |
| 255 | ESTUDIO | SENOS PARANASALES | 2 | 5 | | | | |
| 256 | ESTUDIO | TOBILLO | 2 | 5 | | | | |
| 257 | ESTUDIO | TOBILLO COMPARATIVO | 2 | 5 | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | | IVA | | | |
| | | | | | TOTAL | | | |

ANEXO 39

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 22

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS Y CONSULTAS DE URGENCIAS EN ATLIXCO

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|-----|------------------|--|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| 1 | PROCEDIMIENTO | CESAREA | 2 | 7 | | | | | |
| 2 | PROCEDIMIENTO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) | 2 | 7 | | | | | |
| 3 | PROCEDIMIENTO | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) | 2 | 7 | | | | | |
| 4 | PROCEDIMIENTO | LUI | 2 | 7 | | | | | |
| 5 | PROCEDIMIENTO | PLASTIAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) | 2 | 7 | | | | | |
| 6 | PROCEDIMIENTO | PLASTIAS COMPLICADAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) | 2 | 7 | | | | | |
| 7 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA | 2 | 7 | | | | | |
| 8 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA COMPLICADA | 2 | 7 | | | | | |
| 9 | PROCEDIMIENTO | COLECISTECTOMIA | 2 | 7 | | | | | |
| 10 | PROCEDIMIENTO | HISTERECTOMIA | 2 | 7 | | | | | |
| 11 | PROCEDIMIENTO | LAPE (LAPAROTOMIA EXPLORADORA) | 2 | 7 | | | | | |
| 12 | SERVICIO | CONSULTA | 2 | 7 | | | | | |
| 13 | SERVICIO | CONSULTA DE ESPECIALIDAD | 2 | 7 | | | | | |
| 14 | SERVICIO | VISITA DE ESPECIALISTA (HOSPITALIZACIÓN) | 2 | 7 | | | | | |
| 15 | SERVICIO | DÍA CAMA (HOSPITALIZACIÓN) | 2 | 7 | | | | | |
| 16 | SERVICIO | SUTURA MATERIAL Y HONORARIOS MÉDICOS (POR PUNTO) | 2 | 7 | | | | | |
| 17 | SERVICIO | CURACION (MATERIAL Y HONORARIOS) | 2 | 7 | | | | | |
| 18 | SERVICIO | CURACION DE HERIDA COMPLICADA (MATERIAL Y HONORARIOS) | 2 | 7 | | | | | |
| 19 | SERVICIO | COLOCACION DE FERULA DE YESO SIN MATERIAL | 2 | 7 | | | | | |
| 20 | SERVICIO | HONORARIOS POR AMPUTACIONES MENORES | 2 | 7 | | | | | |
| 21 | SERVICIO | VISITA DE HOSPITALIZACION (DOS AL DIA) | 2 | 7 | | | | | |
| 22 | SERVICIO | HONORARIOS COLOCACION DE PLEUOSTOMIA, CATETER CENTRAL | 2 | 7 | | | | | |
| 23 | SERVICIO | COLOCACION DE SONDA FOLEY Y NASOGASTRICA | 2 | 7 | | | | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | | | |
|----|----------|--|---|---|-----------------|--|--|--|--|
| 24 | SERVICIO | HONORARIOS MÉDICOS DE TRASLADO | 2 | 7 | | | | | |
| 25 | SERVICIO | ELECTROCAUTERIO POR PROCEDIMIENTO | 2 | 7 | | | | | |
| 26 | SERVICIO | DIA INCUBADORA | 2 | 7 | | | | | |
| 27 | SERVICIO | MONITOR CONTINUO A 24 HORAS | 2 | 7 | | | | | |
| 28 | SERVICIO | NEBULIZACION 1 SESION (3MNB CON OXIGENO, MATERIAL SIN MEDICAMENTOS) | 2 | 7 | | | | | |
| 29 | SERVICIO | MONITO EN QUIRÓFANO (POR EVENTO) | 2 | 7 | | | | | |
| 30 | SERVICIO | MONITOR DE URGENCIAS POR HORA | 2 | 7 | | | | | |
| 31 | SERVICIO | OXÍGENO POR HORA (3LT/MIN) | 2 | 7 | | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | | |
| | | | | | IVA | | | | |
| | | | | | TOTAL | | | | |



ANEXO 40

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 23

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN, LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA EN TEHUACÁN

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | PROCEDIMIENTOS | CONSUMO PROMEDIO O MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO O MÍNIMO | PRESUPUESTO O MÁXIMO |
|-----|------------------|---|---------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|----------------------|----------------------|
| | | URGENCIAS | | | | | | | |
| 1 | SERVICIO | CONSULTA POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS | 2 | 5 | | | | | |
| 2 | SERVICIO | CONSULTA POR ESPECIALISTA | 2 | 5 | | | | | |
| 3 | SERVICIO | CONSULTA (PASTILLERO Y APLICACIÓN) | 2 | 5 | | | | | |
| 4 | SERVICIO | OBSERVACION URGENCIAS HASTA 6 HORAS (MEDICAMENTO E INSUMOS) | 2 | 5 | | | | | |
| 5 | SERVICIO | SUTURAS MENORES (MEDICAMENTO E INSUMOS) | 2 | 5 | | | | | |
| 6 | SERVICIO | CIRUGIA MENOR (MEDICAMENTO E INSUMOS) | 2 | 5 | | | | | |
| 7 | SERVICIO | INHALOTERAPIA POR SESION (MEDICAMENTO) | 2 | 5 | | | | | |
| 8 | SERVICIO | CURACION MENOR (CON INSUMOS Y MATERIAL DE CURACION) | 2 | 5 | | | | | |
| 9 | SERVICIO | CURACION MAYOR (CON INSUMOS Y MATERIAL DE CURACION) | 2 | 5 | | | | | |
| | | COSTO DE HABITACIONES | 2 | 5 | | | | | |
| 10 | SERVICIO | ADULTO (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | 2 | 5 | | | | | |
| 11 | SERVICIO | PEDIATRICA (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | 2 | 5 | | | | | |
| 12 | PROCEDIMIENTO | LUI | 2 | 5 | | | | | |
| | | DIAS CAMA (HASTA 2 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | | | | | | | |
| | | DERECHO DE QUIROFANO (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | | | | | | | |
| | | MATERIAL DESECHABLE | | | | | | | |
| | | OXIGENO | | | | | | | |
| | | PAQUETE DE LUI CON HONORARIOS MEDICOS | | | | | | | |
| | | (GINECOLOGO, ANESTESIOLOGO E INSTRUMENTISTA) | | | | | | | |
| | | PAQUETE DE LUI SIN HONORARIOS MEDICOS. | 1 | 1 | | | | | |
| 13 | PROCEDIMIENTO | PARTO FISIOLÓGICO SIN ANALGESIA | 2 | 5 | | | | | |
| | | DIAS CAMA (HASTA 2 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | | | | | | | |
| | | DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) | | | | | | | |
| | | CUNEROS E INCUBADORA(MAS TODOS LOS INSUMOS MAXIMO 2 DIAS) | | | | | | | |
| | | MATERIAL DESECHABLE | | | | | | | |
| | | OXIGENO | | | | | | | |
| | | PAQUETE DE PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) CON | 10 | 10 | | | | | |
| | | (GINECOLOGO Y PEDIATRA) | | | | | | | |
| | | PAQUETE DE PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) SIN HONORARIOS MEDICOS | 1 | 1 | | | | | |
| 14 | PROCEDIMIENTO | PARTO FISIOLÓGICO CON ANALGESIA | 2 | 5 | | | | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | | |
|----|---------------|--|----|----|--|--|--|--|
| | | DIAS DE CAMA (HASTA 2 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | | | | | | |
| | | DERECHO DE SALA (MAS INSUMOS) CUNEROS E INCUBADORA (MAS TODOS LOS INSUMOS) MAXIMO 2 DIAS | | | | | | |
| | | MATERIAL DESECHABLE | | | | | | |
| | | OXIGENO | | | | | | |
| | | PAQUETE DE PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) CON HONORARIOS MÉDICOS | | | | | | |
| | | (GINECOLOGO, ANESTESIOLOGO Y PEDIATRA) | | | | | | |
| | | PAQUETE DE PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) SIN HONORARIOS MÉDICOS. | 10 | 10 | | | | |
| | | CESAREA | | | | | | |
| | | DIAS CAMA (HASTA 2 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | | | | | | |
| | | DERECHO DE QUIROFANO (MAS TODOS LOS INSUMOS) | | | | | | |
| | | CUNEROS E INCUBADORA (MAS TODOS LOS INSUMOS) MAXIMO 2 DIAS | | | | | | |
| | | MATERIAL DESECHABLE | | | | | | |
| | | OXIGENO | | | | | | |
| | | PAQUETE DE CESAREA CON HONORARIOS MÉDICOS | | | | | | |
| | | (GINECOLOGO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE, PEDIATRA E INSTRUMENTISTA) | 10 | 40 | | | | |
| | | PAQUETE DE CESAREA SIN HONORARIOS MÉDICOS | 10 | 10 | | | | |
| | | PLASTIA (UMBILICAL, FEMORAL, INGUINAL, POST - INCISIONAL) | | | | | | |
| | | DIAS CAMA (HASTA 2 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | | | | | | |
| | | DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) | | | | | | |
| | | MATERIAL DESECHABLE | | | | | | |
| | | OXIGENO | | | | | | |
| | | MALLA (EN CASO DE REQUERIRLA) | | | | | | |
| | | PAQUETE DE PLASTIA CON HONORARIOS MÉDICOS: | | | | | | |
| | | (CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, AYUDANT E E INSTRUMENTISTA) | 2 | 5 | | | | |
| | | PAQUETE DE PLASTIA SIN HONORARIOS MÉDICOS. | 10 | 10 | | | | |
| | | PLASTIAS COMPLICADAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST -INCISIONAL) | | | | | | |
| | | DIAS DE CAMA (HASTA 4 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | | | | | | |
| | | DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) | | | | | | |
| | | MATERIALES DESECHABLES | | | | | | |
| | | OXIGENO | | | | | | |
| | | MALLA (EN CASO DE REQUERIRLA) | | | | | | |
| | | PAQUETE DE PLASTIA COMPLICADA CON HONORARIOS MÉDICOS: | | | | | | |
| | | (CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) | 2 | 5 | | | | |
| | | PAQUETE DE PLASTIA COMPLICADA SIN HONORARIOS MÉDICOS. | 10 | 10 | | | | |
| 18 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA | 2 | 5 | | | | |



| | | | | | | | | |
|--|-------------------|--|----|----|--|--|--|--|
| | O | DIAS DE CAMA (HASTA 3 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | 2 | 5 | | | | |
| | | DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) | | | | | | |
| | | MATERIALES DESECHABLES | | | | | | |
| | | OXIGENO | | | | | | |
| | | PAQUETE DE APENDICECTOMIA CON HONORARIOS MEDICOS: (CIRUJANO,ANESTESIOLOGO,AYUDANT E E INSTRUMENTISTA) | | | | | | |
| | | PAQUETE DE APENDICECTOMIA SIN HONORARIOS MEDICOS | | | | | | |
| 19 | PROCEDIMIENT O | APENDICECTOMIA COMPLICADA | 2 | 5 | | | | |
| | | DIAS CAMA (HASTA 5 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | | | | | | |
| | | DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) | | | | | | |
| | | MATERIALES DESECHABLES | | | | | | |
| | | OXIGENO | | | | | | |
| | | PAQUETE DE APENDICEPTOMIA COMPLICADA CON HONORARIOS MEDICOS: (CIRUJANO,ANESTESIOLOGO,YUDANTE E INSTRUMENTISTA) | | | | | | |
| PAQUETE DE APENDICEPTOMIA COMPLICADA SIN HONORARIOS MEDICOS. | 10 | 10 | | | | | | |
| 20 | PROCEDIMIENT O | COLECISTECTOMIA | 10 | 10 | | | | |
| | | DIAS DE CAMA (HASTA 3 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | | | | | | |
| | | DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) | | | | | | |
| | | MATERIALES DESECHABLES | | | | | | |
| | | OXIGENO | | | | | | |
| | | PAQUETE DE COLECISTECTOMIA CON HONORARIOS MEDICOS: (CIRUJANO,ANESTESIOLOGO,AYUDANT E E INSTRUMENTISTA) | | | | | | |
| PAQUETE DE COLECISTECTOMIA SIN HONORARIOS MEDICOS. | 2 | 5 | | | | | | |
| 21 | PROCEDIMIENT O | LAPE (LAPAROTOMIA EXPLORADORA) | 2 | 5 | | | | |
| | | DIAS DE CAMA (HASTA 3 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | | | | | | |
| | | DERECHO DE SALA(MAS TODOS LOS INSUMOS) | | | | | | |
| | | MATERIALES DESECHABLES | | | | | | |
| | | OXIGENO | | | | | | |
| PAQUETE DE LAPE CON HONORARIOS MEDICOS: | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|---------------|--|---|---|--|--|--|--|
| | | (CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) | | | | | | |
| | | PAQUETE DE LAPE SIN HONORARIOS MEDICOS. | 2 | 5 | | | | |
| 22 | PROCEDIMIENTO | HISTERECTOMIA | | | | | | |
| | | DIAS DE CAMA (HASTA 3 DIAS) (INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS) | | | | | | |
| | | DERECHO DE SALA (MAS TODOS LOS INSUMOS) | | | | | | |
| | | MATERIALES DESECHABLES | 2 | 5 | | | | |
| | | OXIGENO | | | | | | |
| | | PAQUETE DE HISTERECTOMIA CON HONORARIOS MEDICOS (GINECOLOGO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) | | | | | | |
| | | PAQUETE DE HISTERECTOMIA SIN HONORARIOS MEDICOS | 2 | 5 | | | | |
| | | CIRUGIAS MAYORES | 2 | 5 | | | | |
| 23 | PROCEDIMIENTO | PAQUETE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE CARA Y ROSTRO CON HONORARIOS MEDICOS: (CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, YUDANTE E INSTRUMENTISTA) | | | | | | |
| | | PAQUETE DE CIRUGIA PARA LUXACION DE HOMBRO INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS: (TRAUMATOLOGO, ANESTESIOLOGO, YUDANTE E INSTRUMENTISTA) | 2 | 5 | | | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
| | OTB INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS (CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) | 2 | 5 | | | | | |
| | PAQUETE DE VASECTOMIA INCLUIDO (CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) | 2 | 5 | | | | | |
| | PAQUETE DE CIRCUNCISION INCLUIDO (CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) | 2 | 5 | | | | | |
| | PAQUETE DE FRACTURA DE TOBILLO CON HONORARIOS MEDICOS: (TRAUMATOLOGO, ANESTESIOLOGO, AYUDANTE E INSTRUMENTISTA) | 2 | 5 | | | | | |
| | PAQUETE DE FRACTURA DE MUÑECA CON HONORARIOS MEDICOS: (TRAUMATOLOGO, ANESTESIOLOGO, YUDANTE E INSTRUMENTISTA) | 2 | 5 | | | | | |
| | ASEO QUIRUGICO EN EXTREMIDADES INCLUIDOS MEDICAMENTOS E INSUMOS | 2 | 5 | | | | | |



| | | | | | | | | |
|----|---------|--|---|---|--|--|--|--|
| | | (CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, YUDANTE E INSTRUMENTISTA) | | | | | | |
| | | LABORATORIOS DE ANALISIS CLÍNICOS | | | | | | |
| 24 | ESTUDIO | ACIDO URICO | 2 | 5 | | | | |
| 25 | ESTUDIO | AMILASA | 2 | 5 | | | | |
| 26 | ESTUDIO | AST-TGO | 2 | 5 | | | | |
| 27 | ESTUDIO | ALT-TGP | 2 | 5 | | | | |
| 28 | ESTUDIO | BILIRRUBINA DIRECTA | 2 | 5 | | | | |
| 29 | ESTUDIO | BILIRRUBINA INDIRECTA | 2 | 5 | | | | |
| 30 | ESTUDIO | BILIRRUBINA TOTAL | 2 | 5 | | | | |
| 31 | ESTUDIO | CITOMETRIA HEMATICA | 2 | 5 | | | | |
| 32 | ESTUDIO | COLESTEROL TOTAL | | | | | | |
| 33 | ESTUDIO | CUANTIFICACION DE HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA | 2 | 5 | | | | |
| 34 | ESTUDIO | CREATININA | 2 | 5 | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|---------|-------------------------------------|---|---|--|--|--|--|
| 35 | ESTUDIO | EXAMEN GENERAL DE ORINA | | | | | | |
| 36 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA TOTAL | 2 | 5 | | | | |
| 37 | ESTUDIO | FOSFATASA ALCALINA FRACCION OSEA | 2 | 5 | | | | |
| 38 | ESTUDIO | GLUCOSA | 2 | 5 | | | | |
| 39 | ESTUDIO | GRUPO SANGUINEO Y RH | 2 | 5 | | | | |
| 40 | ESTUDIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 2 | 5 | | | | |
| 41 | ESTUDIO | REACCIONES FEBRILES | | | | | | |
| 42 | ESTUDIO | TIEMPO DE PROTROMBINA | 2 | 5 | | | | |
| 43 | ESTUDIO | TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | | | | | | |
| 44 | ESTUDIO | TRIGLICERIDOS | 2 | 5 | | | | |
| 45 | ESTUDIO | UREA | 2 | 5 | | | | |
| 46 | ESTUDIO | VDRL EN SUERO | | | | | | |
| 47 | ESTUDIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACION | 2 | 5 | | | | |
| | | RAYOS X | | | | | | |
| 48 | ESTUDIO | PLACA RX URGENCIAS | 1 | 1 | | | | |
| 49 | ESTUDIO | AGUJEROS OPTICOS | 1 | 1 | | | | |
| 50 | ESTUDIO | ANTEBRAZO AP | 1 | 1 | | | | |
| 51 | ESTUDIO | ANTEBRAZO LAT | 1 | 1 | | | | |
| 52 | ESTUDIO | BRAZO AP | 1 | 1 | | | | |
| 53 | ESTUDIO | BRAZO LAT | 1 | 1 | | | | |
| 54 | ESTUDIO | CEFALOPELVIMETRIA | 1 | 1 | | | | |
| 55 | ESTUDIO | CODO AP | 1 | 1 | | | | |
| 56 | ESTUDIO | CODO LAT | 1 | 1 | | | | |
| 57 | ESTUDIO | COL CERVICAL AP | 1 | 1 | | | | |
| 58 | ESTUDIO | COL CERVICAL LAT | 1 | 1 | | | | |
| 59 | ESTUDIO | COL LUMBAR AP | 1 | 1 | | | | |
| 60 | ESTUDIO | COL LUMBAR LAT | 1 | 1 | | | | |
| 61 | ESTUDIO | COL TORACICA AP | 1 | 1 | | | | |
| 62 | ESTUDIO | COL TORACICA LAT | 1 | 1 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----|---------|-------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|
| 63 | ESTUDIO | CRANEO AP | 1 | 1 | | | | | |
| 64 | ESTUDIO | CRANEO LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 65 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS AP | 1 | 1 | | | | | |
| 66 | ESTUDIO | DEDOS ORTEJOS LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 67 | ESTUDIO | DENTAL | 1 | 1 | | | | | |
| 68 | ESTUDIO | DENTAL PERIAPICAL | 1 | 1 | | | | | |
| 69 | ESTUDIO | HOMBRO AP | 1 | 1 | | | | | |
| 70 | ESTUDIO | MANO AP | 1 | 1 | | | | | |
| 71 | ESTUDIO | MANO LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 72 | ESTUDIO | MUÑECA AP | 1 | 1 | | | | | |
| 73 | ESTUDIO | MUÑECA LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 74 | ESTUDIO | MUSLO AP | 1 | 1 | | | | | |
| 75 | ESTUDIO | MUSLO LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 76 | ESTUDIO | PELVIS LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 77 | ESTUDIO | PELVIS AP | 1 | 1 | | | | | |
| 78 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR AP | 1 | 1 | | | | | |
| 79 | ESTUDIO | PIE DORSOPLANTAR LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 80 | ESTUDIO | PIERNA AP | 1 | 1 | | | | | |
| 81 | ESTUDIO | PIERNA LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 82 | ESTUDIO | PROYECCIONES AXIALES POR LADO | 1 | 1 | | | | | |
| 83 | ESTUDIO | RADIOMETRIA MIEMBROS PELVICOS | 1 | 1 | | | | | |
| 84 | ESTUDIO | RODILLA AP | 1 | 1 | | | | | |
| 85 | ESTUDIO | RODILLA LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 86 | ESTUDIO | SENOS PARANASALES | 1 | 1 | | | | | |
| 87 | ESTUDIO | SIMPLE ABDOMEN (UNA POSICION) | 1 | 1 | | | | | |
| 88 | ESTUDIO | TOBILLO AP | 1 | 1 | | | | | |
| 89 | ESTUDIO | TOBILLO LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 90 | ESTUDIO | TORAX AP | 1 | 1 | | | | | |
| 91 | ESTUDIO | TORAX LAT | 1 | 1 | | | | | |
| 92 | ESTUDIO | TORAX OSEO | 1 | 1 | | | | | |
| 93 | ESTUDIO | ELECTROCARDIOGRAMA | 1 | 1 | | | | | |
| 94 | ESTUDIO | TORAX PA | 1 | 1 | | | | | |
| | | ESTUDIOS CONTRASTADOS | | | | | | | |
| 95 | ESTUDIO | SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL | 1 | 1 | | | | | |
| 96 | ESTUDIO | UROGRAFIA EXCRETORA | 1 | 1 | | | | | |
| | | ULTRASONIDOS | | | | | | | |
| 97 | ESTUDIO | ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR | 1 | 1 | | | | | |
| 98 | ESTUDIO | ABDOMEN Y PELVIS | 1 | 1 | | | | | |
| 99 | ESTUDIO | ESCROTAL | 1 | 1 | | | | | |
| 100 | ESTUDIO | ESPLENICO | 1 | 1 | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------|---------|------------------------|---|---|----------|--|--|--|--|
| 10 1 | ESTUDIO | HIGADO Y VIAS BILIARES | 1 | 1 | | | | | |
| 10 2 | ESTUDIO | MAMARIO | 1 | 1 | | | | | |
| 10 3 | ESTUDIO | OBSTETRICO | 1 | 1 | | | | | |
| 10 4 | ESTUDIO | PARTES BLANDAS | 1 | 1 | | | | | |
| 10 5 | ESTUDIO | PELVICO | 1 | 1 | | | | | |
| 10 6 | ESTUDIO | PELVICO ENDOVAGINAL | 1 | 1 | | | | | |
| 10 7 | ESTUDIO | POR REGION | 1 | 1 | | | | | |
| 10 8 | ESTUDIO | RENAL Y VESICAL | 1 | 1 | | | | | |
| 10 9 | ESTUDIO | TESTICULAR | 1 | 1 | | | | | |
| 11 0 | ESTUDIO | PROSTATICO | 1 | 1 | | | | | |
| 11 1 | ESTUDIO | ENDOVAGINAL | 1 | 1 | | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | | |
| | | | | | IVA | | | | |
| | | | | | TOTAL | | | | |

ANEXO 41

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 24

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS Y CONSULTAS DE URGENCIAS EN HUAUCHINANGO

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|-----|------------------|---|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| 1 | SERVICIO | ESTANCIA EN SALA GENERAL DE ADULTOS | 40 | 100 | | | | | |
| 2 | SERVICIO | OBSERVACION EN URGENCIAS 0- 24 HRS. | 10 | 10 | | | | | |
| 3 | SERVICIO | ELECTROCARDIOGRAMA | 20 | 50 | | | | | |
| 4 | SERVICIO | OXIGENO POR HORA | 10 | 20 | | | | | |
| 5 | SERVICIO | SESION DE NEBULIZACION | 2 | 4 | | | | | |
| 6 | SERVICIO | HONORARIOS MEDICOS DE UNO A TRES DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POR PACIENTE | 40 | 100 | | | | | |
| 7 | SERVICIO | SUTURAS DE HERIDAS | 2 | 4 | | | | | |
| 8 | SERVICIO | CESAREA | 10 | 10 | | | | | |
| 9 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) | 10 | 10 | | | | | |
| 10 | SERVICIO | LUI | 1 | 1 | | | | | |
| 11 | MEDICAMENTO | AMBROXOL CAJA TABLETAS | 2 | 5 | | | | | |
| 12 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SOL. FRASCO SOLUCIÓN | 1 | 2 | | | | | |
| 13 | MEDICAMENTO | AMBROXOL INY 20MG AMPULA INDIVIDUAL | 1 | 2 | | | | | |
| 14 | MEDICAMENTO | AMBROXOL/SALBUTAMOL FRASCO SOLUCIÓN | 1 | 2 | | | | | |
| 15 | MEDICAMENTO | AMIKACINA INY. 500 AMPULA INDIVIDUAL | 10 | 30 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|-------------|--|----|-----|--|--|--|--|
| 16 | MEDICAMENTO | AMIKACINA INY.100 AMPULA INDIVIDUAL | 20 | 40 | | | | |
| 17 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA FRASCO SUSPENSIÓN | 10 | 10 | | | | |
| 18 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1GR AMPULA INDIVIDUAL | 80 | 220 | | | | |
| 19 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1GR CAJA TABLETAS | 2 | 5 | | | | |
| 20 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 250MG FRASCO SUSPENSIÓN | 2 | 5 | | | | |
| 21 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 500MG AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | |
| 22 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 500MG CAJA TABLETAS | 2 | 5 | | | | |
| 23 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 500MG FRASCO SUSPENSIÓN | 2 | 5 | | | | |
| 24 | MEDICAMENTO | ASA 500 MG CAJA TABLETAS | 2 | 5 | | | | |
| 25 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | |
| 26 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA CAJA TABLETAS | 2 | 5 | | | | |
| 27 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL CAJA TABLETAS | 2 | 5 | | | | |
| 28 | MEDICAMENTO | CLONICINATO DE LISINA AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | |
| 29 | MEDICAMENTO | CLORANFENICOL FRASCO GOTAS OFTÁLMICAS | 2 | 5 | | | | |
| 30 | MEDICAMENTO | CLORHIDRATO DE DIFENIDOL AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | |
| 31 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO/GLUCOSADA DE 1000ML F. SOLUCION | 2 | 5 | | | | |
| 32 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SODIO/GLUCOSADA DE 500ML F. SOLUCION | 2 | 5 | | | | |
| 33 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | |
| 34 | MEDICAMENTO | FISIOLOGICA DE 1000ML FRASCO SOLUCION | 2 | 5 | | | | |
| 35 | MEDICAMENTO | FISIOLOGICA DE 500ML FRASCO SOLUCION | 2 | 5 | | | | |
| 36 | MEDICAMENTO | FURAZOLIDONA/CAOLIN/PECTINA SUSPENSIÓN | 2 | 5 | | | | |
| 37 | MEDICAMENTO | GENTAMICINA 40MG AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | |
| 38 | MEDICAMENTO | GENTAMICINA 80 MGS. AMPULA IND. | 2 | 5 | | | | |
| 39 | MEDICAMENTO | GLUCOSADA AL 10% 1000ML FRASCO SOLUCION | 2 | 5 | | | | |
| 40 | MEDICAMENTO | GLUCOSADA AL 10% 500ML FRASCO SOLUCION | 2 | 5 | | | | |
| 41 | MEDICAMENTO | GLUCOSADA AL 5% 1000ML FRASCO SOLUCION | 2 | 5 | | | | |
| 42 | MEDICAMENTO | HARTMAN 1000ML FRASCO SOLUCION | 2 | 5 | | | | |
| 43 | MEDICAMENTO | HARTMAN SOL.500ML FRASCO SOLUCION | 2 | 5 | | | | |
| 44 | MEDICAMENTO | HIDROCORTIZONA 100 MG AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | |
| 45 | MEDICAMENTO | HIDROCORTIZONA 500 MG AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | |
| 46 | MEDICAMENTO | IBUPROFENO TABLETAS | 2 | 5 | | | | |
| 47 | MEDICAMENTO | K.C.L AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | |
| 48 | MEDICAMENTO | KETOROLACO AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | |
| 49 | MEDICAMENTO | KETOROLACO CAJA TABLETAS | 2 | 5 | | | | |
| 50 | MEDICAMENTO | LORATADINA SUSPENSIÓN | 2 | 5 | | | | |
| 51 | MEDICAMENTO | LORATADINA TABLETAS | 2 | 5 | | | | |
| 52 | MEDICAMENTO | METAMIZOL JARABE | 2 | 5 | | | | |
| 53 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA 10MG AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|-------------|--|-----|-----|-----------------|--|--|--|--|
| 54 | MEDICAMENTO | NITROGLICERINA PARCHES | 2 | 5 | | | | | |
| 55 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL CAJA TABLETAS | 2 | 5 | | | | | |
| 56 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL GOTAS | 2 | 5 | | | | | |
| 57 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL SUPOSITARIOS | 2 | 5 | | | | | |
| 58 | MEDICAMENTO | PENICILINA G.SODICA CRISTALINA 400 MIL U.I AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | | |
| 59 | MEDICAMENTO | PENICILINA G.SODICA CRISTALINA 800 MIL U.I AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | | |
| 60 | MEDICAMENTO | RANITIDINA AMPULA INDIVIDUAL | 2 | 5 | | | | | |
| 61 | MEDICAMENTO | RANITIDINA CAJA TABLETAS | 2 | 5 | | | | | |
| 62 | MEDICAMENTO | TRIME-SULFA CAJA TABLETAS | 2 | 5 | | | | | |
| 63 | MEDICAMENTO | TRIME-SULFA FRASCO SUSPENSIÓN | 2 | 5 | | | | | |
| 64 | MATERIAL | AGUJAS (INSULINA, NEGRA,VERDE) | 1 | 2 | | | | | |
| 65 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO | 1 | 2 | | | | | |
| 66 | MATERIAL | EQUIPO METRISET, BURETROL O FLEBUTEK (EQ) | 1 | 2 | | | | | |
| 67 | MATERIAL | EQUIPO PARA NEBULIZACION | 1 | 2 | | | | | |
| 68 | MATERIAL | GASA 10 X 10 PAQUETE | 10 | 30 | | | | | |
| 69 | MATERIAL | GUANTE DESECHABLE PZA | 2 | 5 | | | | | |
| 70 | MATERIAL | JERINGA DE 1 ML (PZA) | 1 | 2 | | | | | |
| 71 | MATERIAL | JERINGA DE 5 ML (PZA) | 230 | 570 | | | | | |
| 72 | MATERIAL | PUNZOCAT 14,17,18,19,20,22, Y 24 (PZA) | 60 | 160 | | | | | |
| 73 | MATERIAL | SONDA FOLEY 12 AL 22 (PZA) | 10 | 10 | | | | | |
| 74 | MATERIAL | TUBO CONECTOR P/OXIGENO | 1 | 2 | | | | | |
| 75 | MATERIAL | VENDA ELASTICA 10 CM (PZA) | 2 | 5 | | | | | |
| 76 | MATERIAL | VENDA ELASTICA 15 CM | 2 | 5 | | | | | |
| 77 | MATERIAL | VENDA ENYESADA 10/2 (PZA) | 2 | 5 | | | | | |
| 78 | MATERIAL | VENDA ENYESADA 15/2 (PZA) | 2 | 5 | | | | | |
| 79 | MATERIAL | VENDA HUATA 10 CM (PZA) | 2 | 5 | | | | | |
| 80 | MATERIAL | VENDA HUATA 15 CM (PZA) | 2 | 5 | | | | | |
| 81 | MATERIAL | VENOSET EQUIPO C/AGUJA (PZA) | 60 | 140 | | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | | |
| | | | | | IVA | | | | |
| | | | | | TOTAL | | | | |

ANEXO 42

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 25

**SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN,
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA EN TEZIUTLÁN**

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO O MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|--|------------------|--|---------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| 1 | SERVICIO | PAQUETE CESÁREA CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | | | |
| Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo, Anestesiólogo, Ayudante, Pediatra e Instrumentista) | | | | | | | | | |
| 2 | SERVICIO | PAQUETE CESÁREA SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | | |
| 3 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | | | |
| Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo y Pediatra) | | | | | | | | | |
| 4 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | | |
| 5 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | | | |
| Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo, Anestesiólogo y Pediatra) | | | | | | | | | |
| 6 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | | |
| 7 | SERVICIO | LUI CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo, Anestesiólogo e Instrumentista) | | | | | | | |
| 8 | SERVICIO | LUI SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | | |
| 9 | SERVICIO | PLASTIAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| Oxigeno | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|----------|--|---|----|--|--|--|--|
| | | Malla (en caso de requerirla) Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | | |
| 10 | SERVICIO | PLASTIAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | |
| 11 | SERVICIO | PLASTIAS COMPLICADA (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | |
| | | Días cama (hasta 4 días) | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | | |
| | | Malla (en caso de requerirla) Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | | |
| 12 | SERVICIO | PLASTIAS COMPLICADA (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | |
| 13 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | | |
| 14 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | |
| 15 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA COMPLICADA CON HONORARIOS MÉDICOS | 8 | 20 | | | | |
| | | Días cama (hasta 5 días) | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | | |
| | | Honorarios Médicos: Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista | | | | | | |
| 16 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA COMPLICADA SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | |
| 17 | SERVICIO | COLECISTECTOMÍA CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | | |
| 18 | SERVICIO | COLECISTECTOMÍA SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | |
| 19 | SERVICIO | HISTERECTOMÍA CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | | |
| 20 | SERVICIO | HISTERECTOMÍA SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | |
| 21 | SERVICIO | LAPE (LAPAROTOMÍA EXPLORADORA) CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | |
| | | Oxigeno | | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | | |
| 22 | SERVICIO | LAPE (LAPAROTOMÍA EXPLORADORA) SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | |
| 23 | SERVICIO | DERECHO DE QUIROFANO | 1 | 1 | | | | |
| 24 | SERVICIO | DERECHO DE SALA DE EXPULSION | 1 | 1 | | | | |

| | | | | | | | |
|----|---------------|--|-----|------|--|--|--|
| 25 | SERVICIO | DERECHO SALA DE CHOQUE | 1 | 1 | | | |
| 26 | SERVICIO | DEFIBRILADOR POR SESION | 1 | 1 | | | |
| 27 | SERVICIO | ELECTROCARDIOGRAMA | 20 | 40 | | | |
| 28 | SERVICIO | ESTANCIA EN CAMA DE PEDIATRIA | 20 | 40 | | | |
| 29 | SERVICIO | ESTANCIA EN CUNERO | 1 | 1 | | | |
| 30 | SERVICIO | ESTANCIA EN SALA GENERAL ADULTOS | 130 | 320 | | | |
| 31 | SERVICIO | INCUBADORA POR DIA | 1 | 1 | | | |
| 32 | SERVICIO | INCUBADORA POR HORA | 1 | 1 | | | |
| 33 | SERVICIO | MONITOR / HR | 1 | 1 | | | |
| 34 | SERVICIO | OBSERVACION EN URGENCIAS | 1 | 1 | | | |
| 35 | SERVICIO | OXIGENO POR HORA | 450 | 1120 | | | |
| 36 | SERVICIO | ATENCION NEONATAL POR MEDICO GENERAL | 1 | 1 | | | |
| 37 | SERVICIO | AYUDANTIA QUIRURGICA | 1 | 1 | | | |
| 38 | SERVICIO | CONSULTA DE MEDICINA GENERAL | 280 | 710 | | | |
| 39 | SERVICIO | CONSULTA DE ESPECIALIDAD | 60 | 160 | | | |
| 40 | SERVICIO | CONSULTA DE ESPECIALIDAD NOCTURNO, SAB/DOM, DIAS FESTIVOS. | 30 | 70 | | | |
| 41 | SERVICIO | HONORARIOS DE ENFERMERIA EN TRASLADO DE PACIENTES TEZIUTLAN - PUEBLA | 1 | 1 | | | |
| 42 | SERVICIO | HONORARIOS DE MEDICO EN TRASLADO DE PACIENTES TEZIUTLAN - PUEBLA | 1 | 1 | | | |
| 43 | SERVICIO | INSTRUMENTISTA | 1 | 1 | | | |
| 44 | PROCEDIMIENTO | SUTURAS DE HERIDA | 1 | 1 | | | |
| 45 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA COMPLICADA | 1 | 1 | | | |
| 46 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 47 | PROCEDIMIENTO | CISTOSTOMIA | 1 | 1 | | | |
| 48 | PROCEDIMIENTO | COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL | 1 | 1 | | | |
| 49 | PROCEDIMIENTO | COLOCACION DE CATETER SUBCLAVIO | 1 | 1 | | | |
| 50 | PROCEDIMIENTO | COLOCACION DE SONDA PLEURAL | 1 | 1 | | | |
| 51 | PROCEDIMIENTO | COLOSTOMIA | 1 | 1 | | | |
| 52 | PROCEDIMIENTO | DRENAJE DE ABSCESO ANAL, ISQUIORECTAL | 1 | 1 | | | |
| 53 | PROCEDIMIENTO | EXTIRPACION QUISTES, DRENAJES, EXSICION TEJIDOS BLANDOS, BIOPSIAS. | 1 | 1 | | | |
| 54 | PROCEDIMIENTO | HEMORROIDECTOMIA, FISTULECTOMIA, FISURECTOMIA | 1 | 1 | | | |
| 55 | PROCEDIMIENTO | LAPAROTOMIA EXPLORADORA (INCLUYE 2 O MAS PROCEDIMIENTOS) | 1 | 1 | | | |
| 56 | PROCEDIMIENTO | PLASTIA INGUINAL CON COMPLICACION ENTERAL | 1 | 1 | | | |
| 57 | PROCEDIMIENTO | PLASTIA INGUINAL SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 58 | PROCEDIMIENTO | PLASTIA UMBILICAL | 1 | 1 | | | |
| 59 | PROCEDIMIENTO | VENODISECCION | 1 | 1 | | | |
| 60 | PROCEDIMIENTO | ATENCION PARTO | 1 | 1 | | | |
| 61 | PROCEDIMIENTO | CESAREA | 1 | 1 | | | |
| 62 | PROCEDIMIENTO | CESAREA / HISTERECTOMIA | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|----|---------------|--|----|-----|--|--|--|
| 63 | PROCEDIMIENTO | EMBARAZO ECTOPICO | 1 | 1 | | | |
| 64 | PROCEDIMIENTO | HISTERECTOMIA | 1 | 1 | | | |
| 65 | PROCEDIMIENTO | LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL | 1 | 1 | | | |
| 66 | PROCEDIMIENTO | RESECCION DE QUISTE DE OVARIO | 1 | 1 | | | |
| 67 | PROCEDIMIENTO | SALPINGOCLASIA BILATERAL | 1 | 1 | | | |
| 68 | SERVICIO | ATENCION NEONATAL (INCLUYE VISITA Y ALTA) | 1 | 1 | | | |
| 69 | SERVICIO | ASEO QUIRURGICO | 1 | 1 | | | |
| 70 | PROCEDIMIENTO | CIRUGIAS MENORES: (EXCISION DE BURSA, RESECCION DE NEUROMAS, QUISTE SINOVIAL, RETIRO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, AMPUTACION MENOR). | 1 | 1 | | | |
| 71 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA DE ANTEBRAZO | 1 | 1 | | | |
| 72 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA DE MUÑECA | 1 | 1 | | | |
| 73 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA FX. DE ROTULA | 1 | 1 | | | |
| 74 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA FX. MESETA TIBIAL | 1 | 1 | | | |
| 75 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA TIBIO-PERONEA DIAFIASARIA, EPIFIASARIA O METAFIASARIA. | 1 | 1 | | | |
| 76 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA DE DIAFISIS FEMORAL, SUPRACONDILEA O INTERCONDILEA CON INMOVILIZACION | 1 | 1 | | | |
| 77 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA FX. DE ANTEBRAZO | 1 | 1 | | | |
| 78 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE CADERA | 1 | 1 | | | |
| 79 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE CODO | 1 | 1 | | | |
| 80 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE HOMBRO | 1 | 1 | | | |
| 81 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE RODILLA | 1 | 1 | | | |
| 82 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION DE CUALQUIER PARTE ANATOMICA DEL TOBILLO CON PROCEDIMIENTO ABIERTO. | 1 | 1 | | | |
| 83 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION DE CUALQUIER PARTE ANATOMICA DEL TOBILLO CON PROCEDIMIENTO CERRADO. | 1 | 1 | | | |
| 84 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION MANUAL E INMOVILIZACION EXTERNA DE MUÑECA | 1 | 1 | | | |
| 85 | SERVICIO | TENORRAFIAS | 1 | 1 | | | |
| 86 | SERVICIO | ANESTESIA GENERAL | 1 | 1 | | | |
| 87 | SERVICIO | BLOQUEO EPIDURAL | 1 | 1 | | | |
| 88 | SERVICIO | SEDACION | 1 | 1 | | | |
| 89 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO/ FISIOLÓGICA DE 100 ML | 40 | 100 | | | |
| 90 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO / FISIOLÓGICA DE 1000ML | 40 | 100 | | | |
| 91 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO/ FISIOLÓGICA DE 250 ML | 1 | 1 | | | |
| 92 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO/ FISIOLÓGICA DE 500 ML | 40 | 90 | | | |
| 93 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 10% /GLUCOSA 1000 ML | 1 | 1 | | | |
| 94 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 10% /GLUCOSA 500 ML | 1 | 1 | | | |
| 95 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 5% /GLUCOSA DE 250 ML | 1 | 1 | | | |
| 96 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 5% /GLUCOSA DE 500 ML | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|---|----|-----|--|--|--|
| 97 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 50% DE 50 ML | 1 | 1 | | | |
| 98 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA AL 5% DE 1000 ML | 1 | 1 | | | |
| 99 | MEDICAMENTO | SOLUCION HARTMAN DE 250 ML | 1 | 1 | | | |
| 100 | MEDICAMENTO | SOLUCION HARTMAN DE 500 ML | 1 | 1 | | | |
| 101 | MEDICAMENTO | SOLUCION HARTMAN DE 1000 ML | 40 | 100 | | | |
| 102 | MEDICAMENTO | SOLUCION MIXTA DE 1000 ML | 1 | 1 | | | |
| 103 | MEDICAMENTO | SOLUCION MIXTA DE 500 ML | 1 | 1 | | | |
| 104 | SERVICIO | ABDOMEN SUPERIOR | 1 | 1 | | | |
| 105 | SERVICIO | ABDOMEN Y PELVIS | 1 | 1 | | | |
| 106 | SERVICIO | CUELLO | 1 | 1 | | | |
| 107 | SERVICIO | ESCROTAL/TESTICULAR | 1 | 1 | | | |
| 108 | SERVICIO | HEPATICO Y ESPLENICO | 1 | 1 | | | |
| 109 | SERVICIO | HIGADO Y VIAS BILIARES | 1 | 1 | | | |
| 110 | SERVICIO | MAMARIO | 1 | 1 | | | |
| 111 | SERVICIO | MUSCULOESQUELETICO (ARTICULAR, TENDINOSO, MUSCULAR, ETC.) | 1 | 1 | | | |
| 112 | SERVICIO | OBSTETRICO | 1 | 1 | | | |
| 113 | SERVICIO | PELVICO | 1 | 1 | | | |
| 114 | SERVICIO | PELVICO ENDOVAGINAL | 1 | 1 | | | |
| 115 | SERVICIO | PROSTATICO SUPRAPUBICO | 1 | 1 | | | |
| 116 | SERVICIO | PROSTATICO SUPRAPUBICO/TRANSRECTAL | 1 | 1 | | | |
| 117 | SERVICIO | RENAL Y VESICAL | 1 | 1 | | | |
| 118 | SERVICIO | TRANSFONTANELAR | 1 | 1 | | | |
| 119 | SERVICIO | ANTEBRAZO AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 120 | SERVICIO | ART. TEMPORO MANDIBULAR(POR LADO) | 1 | 1 | | | |
| 121 | SERVICIO | AXIALES DE ROTULA (POR LADO) | 1 | 1 | | | |
| 122 | SERVICIO | BRAZO AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 123 | SERVICIO | CALDWELL | 1 | 1 | | | |
| 124 | SERVICIO | CODO AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 125 | SERVICIO | COL. CERVICAL AP | 1 | 1 | | | |
| 126 | SERVICIO | COL. CERVICAL LAT | 1 | 1 | | | |
| 127 | SERVICIO | COL. LUMBAR AP | 1 | 1 | | | |
| 128 | SERVICIO | COL. LUMBAR LAT | 1 | 1 | | | |
| 129 | SERVICIO | COL. TORACICA AP | 1 | 1 | | | |
| 130 | SERVICIO | COL. TORACICA LAT | 1 | 1 | | | |
| 131 | SERVICIO | CRANEO AP | 1 | 1 | | | |
| 132 | SERVICIO | CRANEO LAT | 1 | 1 | | | |
| 133 | SERVICIO | DEDOS (ORTEJOS) AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 134 | SERVICIO | HOMBRO AP | 1 | 1 | | | |
| 135 | SERVICIO | MANO AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 136 | SERVICIO | MUÑECA AP/LAT | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|--|---|---|--|--|--|
| 137 | SERVICIO | MUSLO AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 138 | SERVICIO | PELVIS AP | 1 | 1 | | | |
| 139 | SERVICIO | PELVIS LATERAL | 1 | 1 | | | |
| 140 | SERVICIO | PERFILOGRAMA | 1 | 1 | | | |
| 141 | SERVICIO | PIE DORSOPLANTAP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 142 | SERVICIO | PIERNA AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 143 | SERVICIO | RADIOMETRIA DE MIEMBROS PELVICOS | 1 | 1 | | | |
| 144 | SERVICIO | RODILLA AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 145 | SERVICIO | SENOS PARANASALES (3 PROYECCIONES) | 1 | 1 | | | |
| 146 | SERVICIO | SIMPLE DE ABDOMEN (UNA POSICIÓN) | 1 | 1 | | | |
| 147 | SERVICIO | STENVERS(POR LADO) | 1 | 1 | | | |
| 148 | SERVICIO | TOBILLO AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 149 | SERVICIO | TORAX AP | 1 | 1 | | | |
| 150 | SERVICIO | TORAX LATERAL | 1 | 1 | | | |
| 151 | SERVICIO | TORAX OSEO | 1 | 1 | | | |
| 152 | SERVICIO | TORAX PA | 1 | 1 | | | |
| 153 | SERVICIO | TOWNE | 1 | 1 | | | |
| 154 | SERVICIO | WATERS | 1 | 1 | | | |
| 155 | SERVICIO | ARTROGRAFIA DE RODILLA (POR LADO) | 1 | 1 | | | |
| 156 | SERVICIO | CISTOGRAMA MICCIONAL | 1 | 1 | | | |
| 157 | SERVICIO | COLANGOGRAFIA POR SONDA EN T | 1 | 1 | | | |
| 158 | SERVICIO | COLECISTOGRAFIA ORAL | 1 | 1 | | | |
| 159 | SERVICIO | COLON POR ENEMA | 1 | 1 | | | |
| 160 | SERVICIO | ESOFAGOGRAMA | 1 | 1 | | | |
| 161 | SERVICIO | FISTULOGRAFIA | 1 | 1 | | | |
| 162 | SERVICIO | FLEBOGRAFIA (POR LADO) | 1 | 1 | | | |
| 163 | SERVICIO | HISTEROSALPINGOGRAFIA | 1 | 1 | | | |
| 164 | SERVICIO | MIELOGRAFIA | 1 | 1 | | | |
| 165 | SERVICIO | SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL | 1 | 1 | | | |
| 166 | SERVICIO | TRANSITO INTESTINAL | 1 | 1 | | | |
| 167 | SERVICIO | UROGRAFÍA EXCRETORA | 1 | 1 | | | |
| 168 | SERVICIO | MASTOGRAFIA BILATERAL | 1 | 1 | | | |
| 169 | SERVICIO | DENSITOMETRÍA OSEA | 1 | 1 | | | |
| 170 | SERVICIO | TOMOGRFIA DE ABDOMEN SUPERIOR SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 171 | SERVICIO | TOMOGRFIA DE ABDOMEN SUPERIOR SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 172 | SERVICIO | TOMOGRFIA DE ABDOMEN Y PELVIS SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 173 | SERVICIO | TOMOGRFIA DE ABDOMEN Y PELVIS SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 174 | SERVICIO | TOMOGRFIA DE ANTEBRAZO SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 175 | SERVICIO | TOMOGRFIA DE ANTEBRAZO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 176 | SERVICIO | TOMOGRFIA DE CADERA SIMPLE | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|----------|---|----|----|--|--|--|--|
| 177 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CADERA SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 178 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. CERVICAL SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 179 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. CERVICAL SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 180 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. DORSAL SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 181 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. DORSAL SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 182 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. LUMBAR SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 183 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CRANEO SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 184 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CRANEO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 185 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CUELLO SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 186 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CUELLO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 187 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE HOMBRO SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 188 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE HOMBRO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 189 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MEDIASTINO SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 190 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUÑECA Y MANO SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 191 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUÑECA Y MANO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 192 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUSLO SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 193 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUSLO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 194 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE NASOFARINGE Y FARINGE SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 195 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE NASOFARINGE Y FARINGE SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 196 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE OIDO AXIAL Y CORONAL SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 197 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE OIDO SIMPLE AXIAL (POR LADO) | 1 | 1 | | | | |
| 198 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE OIDO SIMPLE CORONAL | 1 | 1 | | | | |
| 199 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ORBITA SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 200 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ORBITA SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 201 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE PIERNA SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 202 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE PIERNA SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 203 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE RODILLA SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 204 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE RODILLA SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 205 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE SENOS PARANASALES SIMPLE AXIAL | 1 | 1 | | | | |
| 206 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE SILLA TURCA AXIAL Y CORONAL SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 207 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE SILLA TURCA AXIAL Y CORONAL SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 208 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TOBILLO SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 209 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TOBILLO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 210 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TORAX SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 211 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TORAX SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | | |
| 212 | SERVICIO | TOMOGRFÍA SENOS PARANASALES CORONAL SIMPLE | 1 | 1 | | | | |
| 213 | MATERIAL | ABATELenguas DE MADERA | 20 | 60 | | | | |
| 214 | MATERIAL | ACEITE MENEN PARA BEBE | 1 | 1 | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|----|-----|--|--|--|
| 215 | MATERIAL | ACETONA FRASCO SOLUCION | 1 | 1 | | | |
| 216 | MATERIAL | AGUA ESTERIL 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 217 | MATERIAL | AGUA ESTERIL 1000 ML | 1 | 1 | | | |
| 218 | MATERIAL | AGUA ESTERIL 500 ML | 1 | 1 | | | |
| 219 | MATERIAL | AGUA OXIGENADA 500 ml | 1 | 1 | | | |
| 220 | MATERIAL | AGUA TOHUI 16 REHUSABLE | 1 | 1 | | | |
| 221 | MATERIAL | AGUA TOHUI 18 REHUSABLE | 1 | 1 | | | |
| 222 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #27 X 3 1/2 CORTA | 1 | 1 | | | |
| 223 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 20 | 40 | 100 | | | |
| 224 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 21 | 1 | 1 | | | |
| 225 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 22 | 1 | 1 | | | |
| 226 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 27 | 1 | 1 | | | |
| 227 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #27 X 4 LARGA | 1 | 1 | | | |
| 228 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #23 x 1/2 | 1 | 1 | | | |
| 229 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #25 X 3 1/2 CORTA | 1 | 1 | | | |
| 230 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #25 X 4 LARGA | 1 | 1 | | | |
| 231 | MATERIAL | ALCOHOL ETILICO POR LT | 1 | 1 | | | |
| 232 | MATERIAL | ALCOHOL ETILICO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 233 | MATERIAL | ALGODÓN PLIZADO PAQUETE DE 200 GRS. | 1 | 1 | | | |
| 234 | MATERIAL | ALGODÓN PLISADO 400 GR. | 1 | 1 | | | |
| 235 | MATERIAL | AMPROLENE/ GAS PARA ESTERILIZAR AMPULA PEQUEÑA | 1 | 1 | | | |
| 236 | MATERIAL | APLICADOR MADERA SIN ALGODÓN | 1 | 1 | | | |
| 237 | MATERIAL | APOSITO CHICO 20X8 | 1 | 1 | | | |
| 238 | MATERIAL | APOSITO GRANDE 20X13 | 1 | 1 | | | |
| 239 | MATERIAL | APOSITO TEGADERM 10 X12 CM | 1 | 1 | | | |
| 240 | MATERIAL | APOSITO ADHERIBLE / TEGADERM 10X25 cm | 1 | 1 | | | |
| 241 | MATERIAL | APOSITO ADHERIBLE /TEGADERM 6X7 | 1 | 1 | | | |
| 242 | MATERIAL | APOSITO TEGADERM 8 X 20 CM | 1 | 1 | | | |
| 243 | MATERIAL | ASEPTO JERINGA DESECHABLE DE 60 ML | 1 | 1 | | | |
| 244 | MATERIAL | BATA MEDICA DESECHABLE | 1 | 1 | | | |
| 245 | MATERIAL | BENZAL | 1 | 1 | | | |
| 246 | MATERIAL | BENZAL POR ML | 40 | 100 | | | |
| 247 | MATERIAL | BOLSA AGUA CALIENTE 1.5 LTS | 1 | 1 | | | |
| 248 | MATERIAL | BOLSA AMARILLA RPBI 110X1.20 | 1 | 1 | | | |
| 249 | MATERIAL | BOLSA AMARILLA RPBI 48X50 | 1 | 1 | | | |
| 250 | MATERIAL | BOLSA AMARILLA RPBI 55X60 | 1 | 1 | | | |
| 251 | MATERIAL | BOLSA DE TORUNDAS CHAPULTEPEC DE 500 GR | 1 | 1 | | | |
| 252 | MATERIAL | BOLSA PARA HIELO | 1 | 1 | | | |
| 253 | MATERIAL | BOLSA PARA ALIMENTACION PARAENTERAL 1000ML | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|----------|---|---|---|--|--|--|--|
| 254 | MATERIAL | BOLSA PARA ALIMENTACION PARAENTERAL 500ML PARA BOMBA DE INFUSION | 1 | 1 | | | | |
| 255 | MATERIAL | BOLSA PARA ALIMENTACION PARAENTERAL/NUTRISET | 1 | 1 | | | | |
| 256 | MATERIAL | BOLSA PARA ALIMENTACION PARAENTERAL/NUTRITUB | 1 | 1 | | | | |
| 257 | MATERIAL | BOLSA PARA COLOSTOMIA ADULTO | 1 | 1 | | | | |
| 258 | MATERIAL | BOLSA PARA ENEMA | 1 | 1 | | | | |
| 259 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA DE ORINA NIÑA | 1 | 1 | | | | |
| 260 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA DE ORINA NIÑO | 1 | 1 | | | | |
| 261 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA DE ORINA UROTECK | 1 | 1 | | | | |
| 262 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA ORINA ADULTO CYSTOFLO | 1 | 1 | | | | |
| 263 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 110X1.20 | 1 | 1 | | | | |
| 264 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 48X50 | 1 | 1 | | | | |
| 265 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 55X60 | 1 | 1 | | | | |
| 266 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 90X1.20 | 1 | 1 | | | | |
| 267 | MATERIAL | BOTA PARA CIRUJANO DESECHABLE (PAR) | 1 | 1 | | | | |
| 268 | MATERIAL | BRAZALETE DE IDENTIFICACION INFANTIL AZUL Y ROSA | 1 | 1 | | | | |
| 269 | MATERIAL | CABESTRILLO CHICO | 1 | 1 | | | | |
| 270 | MATERIAL | CABESTRILLO GRANDE | 1 | 1 | | | | |
| 271 | MATERIAL | CABESTRILLO MEDIANO | 1 | 1 | | | | |
| 272 | MATERIAL | CAMPO ESTERIL ADHERIBLE DE 90 X 45 CM / STERI DRAPE CON 10 PZAS | 1 | 1 | | | | |
| 273 | MATERIAL | CANULA DE GUEDEL #2 | 1 | 1 | | | | |
| 274 | MATERIAL | CANULA DE YANKAUER | 1 | 1 | | | | |
| 275 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 0 | 1 | 1 | | | | |
| 276 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 1 | 1 | 1 | | | | |
| 277 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 3 | 1 | 1 | | | | |
| 278 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 4 | 1 | 1 | | | | |
| 279 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 5 | 1 | 1 | | | | |
| 280 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 6 | 1 | 1 | | | | |
| 281 | MATERIAL | CANULA RECTAL ADULTO | 1 | 1 | | | | |
| 282 | MATERIAL | CANULA RECTAL INFANTIL | 1 | 1 | | | | |
| 283 | MATERIAL | CASSSETTE PARA MAQUINA CICLADORA DE DIALISIS PERITONEAL | 1 | 1 | | | | |
| 284 | MATERIAL | CATETER EPIDURAL | 1 | 1 | | | | |
| 285 | MATERIAL | CATETER CENTRAL ARROW | 1 | 1 | | | | |
| 286 | MATERIAL | CATETER DOBLE J FR 6 24 CM | 1 | 1 | | | | |
| 287 | MATERIAL | CATETER INTRAVENOSO CENTRAL DE POLIURETANO RADIOPACO/ SUBCLAVICAT #18 | 1 | 1 | | | | |
| 288 | MATERIAL | CATETER MAHURKAN /DIALISIS | 1 | 1 | | | | |
| 289 | MATERIAL | CATETER PARA SUCCION DE FLEMAS K- 60 | 1 | 1 | | | | |
| 290 | MATERIAL | CATETER PARA SUCCION DE FLEMAS K- 61 | 1 | 1 | | | | |
| 291 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #14 (INTROCAN) | 1 | 1 | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|----|-----|--|--|--|
| 292 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #16 (INTROCAN) | 1 | 1 | | | |
| 293 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #17 (INTROCAN) | 20 | 60 | | | |
| 294 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #17 (INTROCAN) | 1 | 1 | | | |
| 295 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #18 (INTROCAN) | 40 | 100 | | | |
| 296 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #20 (INTROCAN) | 30 | 70 | | | |
| 297 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #22 (INTROCAN) | 20 | 40 | | | |
| 298 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #24 (INTROCAN) | 10 | 20 | | | |
| 299 | MATERIAL | CATETER SUBCLAVIO #16 /SUBCLAVIAT | 1 | 1 | | | |
| 300 | MATERIAL | CATETER TENCKO COLA D/COCHINO ADTO. 62 | 1 | 1 | | | |
| 301 | MATERIAL | CATETER TORACICO #32 | 1 | 1 | | | |
| 302 | MATERIAL | CATETER TORAXICO #36 | 1 | 1 | | | |
| 303 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1 T/10 G37 CM | 1 | 1 | | | |
| 304 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1 T/5 R26 CM | 1 | 1 | | | |
| 305 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1/0 R-37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 306 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1/0 T/10 R37 CM | 1 | 1 | | | |
| 307 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1/0 T/5 R 26 CM | 1 | 1 | | | |
| 308 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2 T/10 R37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 309 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2/0 T/10 R36 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 310 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2/0 T/5 R 26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 311 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2-T5 | 1 | 1 | | | |
| 312 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 3/0 T/10 R 37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 313 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 3/0T/5 R26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 314 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 4/0 R-37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 315 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 4/0 T/5 R 26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 316 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 2/0 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 317 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 2/0 R-26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 318 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 2/0 SIN AGUJA | 1 | 1 | | | |
| 319 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 3/0 R26 | 1 | 1 | | | |
| 320 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 3/0 SIN AGUJA | 1 | 1 | | | |
| 321 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 3-0 T/10 | 1 | 1 | | | |
| 322 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 4-0 T-5 | 1 | 1 | | | |
| 323 | MATERIAL | CEPILLO CITOLOGICO | 1 | 1 | | | |
| 324 | MATERIAL | CEPILLO PARA CIRUJANO | 1 | 1 | | | |
| 325 | MATERIAL | CEPILLO QUIRURGICO DESECHABLE CON JABON | 1 | 1 | | | |
| 326 | MATERIAL | CINTA TESTIGO PARA VAPOR | 1 | 1 | | | |
| 327 | MATERIAL | CINTA UMBILICAL | 1 | 1 | | | |
| 328 | MATERIAL | CIRCUITO DE RESPIRADOR ADUTLO (TUBO CORRUGADO) | 1 | 1 | | | |
| 329 | MATERIAL | COJIN KELLI | 1 | 1 | | | |
| 330 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO CHICO | 1 | 1 | | | |
| 331 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO CHICO | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|--|----|-----|--|--|--|
| 332 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO GRANDE | 1 | 1 | | | |
| 333 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO MEDIANO | 1 | 1 | | | |
| 334 | MATERIAL | COLLARIN PHILADELFIA CHICO | 1 | 1 | | | |
| 335 | MATERIAL | COLLARIN PHILADELFIA GRANDE | 1 | 1 | | | |
| 336 | MATERIAL | COLLARIN PHILADELFIA MEDIANO | 1 | 1 | | | |
| 337 | MATERIAL | COMPRESA QUIRURGICA 45X45 CM POR PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 338 | MATERIAL | CONECTOR PARA OXIGENO 2 VIAS EN Y | 1 | 1 | | | |
| 339 | MATERIAL | CONECTOR PARA OXIGENO GRUESO | 1 | 1 | | | |
| 340 | MATERIAL | CONECTOR DE TITANIO | 1 | 1 | | | |
| 341 | MATERIAL | CONECTOR DELGADO | 1 | 1 | | | |
| 342 | MATERIAL | CONECTOR OXIGENO DELGADO | 1 | 1 | | | |
| 343 | MATERIAL | CUBRE BOCA DESECHABLE | 30 | 80 | | | |
| 344 | MATERIAL | DESINFECTANTE PARA QUIROFANOS GAFIDEX POR ML | 1 | 1 | | | |
| 345 | MATERIAL | DIALIZADOR DICEA 170 G | 1 | 1 | | | |
| 346 | MATERIAL | DIALIZADOR DICEA 210 G | 1 | 1 | | | |
| 347 | MATERIAL | DIPROSONE EN CREMA 30 GR | 1 | 1 | | | |
| 348 | MATERIAL | DISPARO DE ENGRAPADORA DE PIEL | 1 | 1 | | | |
| 349 | MATERIAL | DISPOSITIVO INTRAUTERINO | 1 | 1 | | | |
| 350 | MATERIAL | ELECTRODOS ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 351 | MATERIAL | ELECTRODOS INFANTIL | 1 | 1 | | | |
| 352 | MATERIAL | ENEMA DE FOSFATO | 1 | 1 | | | |
| 353 | MATERIAL | ENEMA MICROLAX AMPOLLETA CAJA CON | 1 | 1 | | | |
| 354 | MATERIAL | ENGRAPADORA DE PIEL CON 35 DISPAROS | 1 | 1 | | | |
| 355 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS ADULTO (FLEBOTEK) CON CLAVE PARA BOMBA | 40 | 100 | | | |
| 356 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS CON MEDIDOR DE VOLUMEN DE 100 ML (METRISET 100ML) | 20 | 40 | | | |
| 357 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS CON MEDIDOR DE VOLUMEN DE 150 ML (METRISET DE 150 ML) | 10 | 30 | | | |
| 358 | MATERIAL | EQUIPO DE BLOQUEO PARA ANESTESIA (PERIFIX) | 1 | 1 | | | |
| 359 | MATERIAL | EQUIPO DE BLOQUEO BASICO PARA ANESTESIA /DURAL | 1 | 1 | | | |
| 360 | MATERIAL | EQUIPO DE BLOQUEO EPIDURAL /CERTOFIX | 1 | 1 | | | |
| 361 | MATERIAL | EQUIPO DE DRENAJE /DRENOVAC 1/4 | 1 | 1 | | | |
| 362 | MATERIAL | EQUIPO DE DRENAJE /DRENOVAC 1/8 | 1 | 1 | | | |
| 363 | MATERIAL | EQUIPO DE IRRIGACION (IRRIGATEK) | 1 | 1 | | | |
| 364 | MATERIAL | EQUIPO DE TRANSFUSION PARA BOMBA DE INFUSION (SANGOFIX) | 1 | 1 | | | |
| 365 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS ADULTO (NORMOGOTERO) | 1 | 1 | | | |
| 366 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS INFANTIL (MICROGOTERO) | 1 | 1 | | | |
| 367 | MATERIAL | EQUIPO PARA DRENAJE PLEUROVAC SELLO DE AGUA | 1 | 1 | | | |
| 368 | MATERIAL | EQUIPO TRANSFUSION SANGUINEA | 1 | 1 | | | |
| 369 | MATERIAL | ESPEJO VAGINAL CHICO | 1 | 1 | | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|----|-----|--|--|--|
| 370 | MATERIAL | ESPEJO VAGINAL DESECHABLE MEDIANO | 1 | 1 | | | |
| 371 | MATERIAL | ESPONJA ESTERIL COMPRIMIDA / GELFOAM | 1 | 1 | | | |
| 372 | MATERIAL | EXTENSION PARA EQUIPO DE VENOCLISIS DE 50 CM /GIRATEK | 1 | 1 | | | |
| 373 | MATERIAL | FORMOL POR LITRO | 1 | 1 | | | |
| 374 | MATERIAL | FORMOL POR ML | 1 | 1 | | | |
| 375 | MATERIAL | FURACIN TARRO DE 85 GM | 1 | 1 | | | |
| 376 | MATERIAL | FURACIN TARRO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 377 | MATERIAL | GASA CHICA 7.5X5 SIMPLE POR PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 378 | MATERIAL | GASA CHICA 7.5X6 SIMPLE POR PAQUETE DE 3 PZAS | 1 | 1 | | | |
| 379 | MATERIAL | GASA GRANDE 10 X 10 SIMPLE PAQUETE DE 3 PZAS | 40 | 100 | | | |
| 380 | MATERIAL | GASA GRANDE 10 X 10 SIMPLE POR PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 381 | MATERIAL | GASA GRANDE 10X10 CON RAYTEX POR PIEZA | 10 | 30 | | | |
| 382 | MATERIAL | GEL PARA ELECTRO TUBO DE 250 GR. | 1 | 1 | | | |
| 383 | MATERIAL | GEL PARA ELECTRO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 384 | MATERIAL | GERMICIDA CONCENTRADO ANTICORROSIVO / KRIT POR LITRO | 1 | 1 | | | |
| 385 | MATERIAL | GERMICIDA CONCENTRADO ANTICORROSIVO / KRIT POR ML | 1 | 1 | | | |
| 386 | MATERIAL | GLICINA AL 1.5% BOLSA DE 3000 ML | 1 | 1 | | | |
| 387 | MATERIAL | GORRO CIRUJANO DESECHABLE | 10 | 20 | | | |
| 388 | MATERIAL | GRAPA DE LAPAROSCOPIA PAQUETE CON 6 GRAPAS (TITANIO) | 1 | 1 | | | |
| 389 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 6 | 1 | 1 | | | |
| 390 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 6 1/2 | 1 | 1 | | | |
| 391 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 7 | 1 | 1 | | | |
| 392 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 7 1/2 | 1 | 1 | | | |
| 393 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 8 | 1 | 1 | | | |
| 394 | MATERIAL | GUANTE DESECHABLE MEDIANO | 40 | 100 | | | |
| 395 | MATERIAL | HOJA BISTURI #20 | 1 | 1 | | | |
| 396 | MATERIAL | HOJA BISTURI #21 | 1 | 1 | | | |
| 397 | MATERIAL | HOJA BISTURI #23 | 1 | 1 | | | |
| 398 | MATERIAL | HOJA BISTURI #10 | 1 | 1 | | | |
| 399 | MATERIAL | HOJA BISTURI #11 | 1 | 1 | | | |
| 400 | MATERIAL | HOJA BISTURI #12 | 1 | 1 | | | |
| 401 | MATERIAL | HOJA BISTURI #15 | 1 | 1 | | | |
| 402 | MATERIAL | HOJA BISTURI #22 | 1 | 1 | | | |
| 403 | MATERIAL | ISODINE ESPUMA POR ML | 40 | 100 | | | |
| 404 | MATERIAL | ISODINE SOLUCION POR ML | 1 | 1 | | | |
| 405 | MATERIAL | JABON MENEN PARA BEBE | 1 | 1 | | | |
| 406 | MATERIAL | JABON QUIRURGICO POR ML | 40 | 100 | | | |
| 407 | MATERIAL | JERINGA ASCEPTO DE 120 ML | 1 | 1 | | | |
| 408 | MATERIAL | JERINGA ASCEPTO DE 30ML | 1 | 1 | | | |
| 409 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 1ML O DE INSULINA | 40 | 100 | | | |





Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | |
|-----|----------|--|----|-----|--|--|--|
| 410 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 3ML | 40 | 100 | | | |
| 411 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 5ML | 40 | 100 | | | |
| 412 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 10 ML | 40 | 100 | | | |
| 413 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 20 ML | 40 | 100 | | | |
| 414 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 60ML | 1 | 1 | | | |
| 415 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE DE 50 ML | 1 | 1 | | | |
| 416 | MATERIAL | LANCETA DESECHABLE | 40 | 100 | | | |
| 417 | MATERIAL | LAPIZ PARA ELECTROCAUTERIO | 1 | 1 | | | |
| 418 | MATERIAL | LINEAS DE DIALIZADOR #8 | 1 | 1 | | | |
| 419 | MATERIAL | LUBRICANTE/ JALEA LUBRICANTE DE 135 grs | 40 | 100 | | | |
| 420 | MATERIAL | LUBRICANTE/ JALEA LUBRICANTE POR ML | 1 | 1 | | | |
| 421 | MATERIAL | LUGOL POR LT | 1 | 1 | | | |
| 422 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 POR CM | 1 | 1 | | | |
| 423 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA | 1 | 1 | | | |
| 424 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA 1/2 | 1 | 1 | | | |
| 425 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA 1/4 | 1 | 1 | | | |
| 426 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA 1/8 | 1 | 1 | | | |
| 427 | MATERIAL | MASCARA PARA OXIGENO PEDIATRICA CON BOLSA RESERVORIO | 1 | 1 | | | |
| 428 | MATERIAL | MASCARILLA DE ANESTESIA INFANTIL | 1 | 1 | | | |
| 429 | MATERIAL | MASCARILLA DE ANESTESIA ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 430 | MATERIAL | MASCARILLA DE ANESTESIA PEDIATRICO | 1 | 1 | | | |
| 431 | MATERIAL | MASCARILLA PARA NEBULIZADOR ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 432 | MATERIAL | MASCARILLA PARA NEBULIZADOR PEDIATRICO | 1 | 1 | | | |
| 433 | MATERIAL | MASCARILLA PARA OXIGENO ADULTO CON BOLSA RESERVORIO | 1 | 1 | | | |
| 434 | MATERIAL | MASCARILLA PARA OXIGENO ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 435 | MATERIAL | MASCARILLA PARA OXIGENO PEDIATRICA | 1 | 1 | | | |
| 436 | MATERIAL | MICROPORE 1 PULGADA POR CM | 40 | 100 | | | |
| 437 | MATERIAL | MEDIAS DE MEDIANA COMPRESION | 1 | 1 | | | |
| 438 | MATERIAL | MICROPORE 1/2 PULGADA POR CM | 1 | 1 | | | |
| 439 | MATERIAL | MICROPORE 1 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 440 | MATERIAL | MICROPORE 2 PULGADAS POR CM | 1 | 1 | | | |
| 441 | MATERIAL | MICROPORE 1/2 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 442 | MATERIAL | MICROPORE 3 PULGADAS POR CM | 1 | 1 | | | |
| 443 | MATERIAL | MICROPORE 2 PULGADAS POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 444 | MATERIAL | MICROPORE 3 PULGADAS POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 445 | MATERIAL | MONOCRYL 2-0 | 1 | 1 | | | |
| 446 | MATERIAL | NYLON 1/0 CE 24 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 447 | MATERIAL | NYLON 2/0 CE 19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 448 | MATERIAL | NYLON 2/0 CE 24 SOBRE | 1 | 1 | | | |



| | | | | | | | |
|-----|----------|--|----|-----|--|--|--|
| 449 | MATERIAL | NYLON 2/0 CE-19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 450 | MATERIAL | NYLON 3/0 CE 19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 451 | MATERIAL | NYLON 3/0 CE 24 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 452 | MATERIAL | NYLON 4/0 CE 19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 453 | MATERIAL | NYLON 4/0 CE 24 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 454 | MATERIAL | NYLON 5/0 CE 19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 455 | MATERIAL | NYLON 6/0 CE 19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 456 | MATERIAL | PANTIMEDIA DE MEDIANA COMPRESION | 1 | 1 | | | |
| 457 | MATERIAL | PAÑAL ADULTO PIEZA | 40 | 100 | | | |
| 458 | MATERIAL | PAPEL ELECTRO ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 459 | MATERIAL | PARCHE PARA OJOS / NEXCARE | 1 | 1 | | | |
| 460 | MATERIAL | PERIFIX O MINISSET | 1 | 1 | | | |
| 461 | MATERIAL | PERILLA DE HULE #2 | 1 | 1 | | | |
| 462 | MATERIAL | PERILLA DE HULE #4 | 1 | 1 | | | |
| 463 | MATERIAL | PERILLA DE HULE #6 | 1 | 1 | | | |
| 464 | MATERIAL | PEZONERA DE CRISTAL | 1 | 1 | | | |
| 465 | MATERIAL | PEZONERA DE CRISTAL | 1 | 1 | | | |
| 466 | MATERIAL | PLACA PARA ELECTROCAUTERIO DESECHABLE PEDIATRICA | 1 | 1 | | | |
| 467 | MATERIAL | PLACA PARA ELETROCAUTERIO DESECHABLE ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 468 | MATERIAL | PORTA OBJETOS/ LAMINILLAS DE 25X75 CAJA CON 50 PZAS | 1 | 1 | | | |
| 469 | MATERIAL | PRESERVATIVOS DESECHABLES (CONDONES OASIS) | 1 | 1 | | | |
| 470 | MATERIAL | PROLENE 1 CT I 36.4 MM AGUJA AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 471 | MATERIAL | PROLENE 1/0 CT-1 36.4MM AGUJA AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 472 | MATERIAL | PROLENE 1/0 SH 2.5 CM AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 473 | MATERIAL | PROLENE 2/0 CT-1 36.4MM AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 474 | MATERIAL | PROLENE 2/0 SH 26MM AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 475 | MATERIAL | PROLENE 3/0 SH 26MM AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 476 | MATERIAL | PROLENE DOBLE ARMADA AGUJA T/5 | 1 | 1 | | | |
| 477 | MATERIAL | PUNTAS NASALES ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 478 | MATERIAL | PUNTAS NASALES PEDIATRICA | 1 | 1 | | | |
| 479 | MATERIAL | PURITAN PEDIATRICO | 1 | 1 | | | |
| 480 | MATERIAL | RASTRILLOS DESECHABLE | 1 | 1 | | | |
| 481 | MATERIAL | ROLLO DE ALGODÓN DE 500 GR | 1 | 1 | | | |
| 482 | MATERIAL | ROLLO DE GASA 91 cms X91.44MT | 1 | 1 | | | |
| 483 | MATERIAL | SABANA DESECHABLE | 1 | 1 | | | |
| 484 | MATERIAL | SEDA 0 SIN AGUJA | 1 | 1 | | | |
| 485 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1 R-37 TRENZADA ATRAMAT | 1 | 1 | | | |
| 486 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1 SIN AGUJA HEBRAS | 1 | 1 | | | |
| 487 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1 T/10 R37 | 1 | 1 | | | |
| 488 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/10 R37 SOBRE | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|---|---|--|--|--|
| 489 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/10 R-37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 490 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/5 R-26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 491 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/5R26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 492 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1T/5 R-26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 493 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2 0 SIN AGUJA | 1 | 1 | | | |
| 494 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2 T/10 R37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 495 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2/0 T/10 R37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 496 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2/0 T/5 R26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 497 | MATERIAL | SEDA NEGRA 3 0 SIN AGUJA | 1 | 1 | | | |
| 498 | MATERIAL | SEDA NEGRA 3/0 T/10 R37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 499 | MATERIAL | SEDA NEGRA 3/0 T/5 R26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 500 | MATERIAL | SEDA NEGRA 4/0 T/5 R26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 501 | MATERIAL | SEDA NEGRA 4/0 T/10 | 1 | 1 | | | |
| 502 | MATERIAL | SEVOFLUORANO LIQUIDO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 503 | MATERIAL | SHAMPOO JOHNSON'S PARA BEBE | 1 | 1 | | | |
| 504 | MATERIAL | SONDA DE SUCCION DE FLEMAS #14 | 1 | 1 | | | |
| 505 | MATERIAL | SONDA DE SUCCION DE FLEMAS #16 | 1 | 1 | | | |
| 506 | MATERIAL | SONDA DE SUCCION DE FLEMAS 18 FR | 1 | 1 | | | |
| 507 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #20 | 1 | 1 | | | |
| 508 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #10 | 1 | 1 | | | |
| 509 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #14 | 1 | 1 | | | |
| 510 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #16 | 1 | 1 | | | |
| 511 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL / NASOGASTRICA K10 | 1 | 1 | | | |
| 512 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL / NASOGASTRICA K-11 | 1 | 1 | | | |
| 513 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL/ NASOGASTRICA K 9 | 1 | 1 | | | |
| 514 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL/ NASOGASTRICA K-10 | 1 | 1 | | | |
| 515 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #18 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 516 | MATERIAL | SONDA FOLEY # 8 GLOBO 3 | 1 | 1 | | | |
| 517 | MATERIAL | SONDA FOLEY #10 GLOBO 3 | 1 | 1 | | | |
| 518 | MATERIAL | SONDA FOLEY #12 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 519 | MATERIAL | SONDA FOLEY #14 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 520 | MATERIAL | SONDA FOLEY #16 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 521 | MATERIAL | SONDA FOLEY 2 VIAS #24 GLOBO 30 LATEX | 1 | 1 | | | |
| 522 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS # 26 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 523 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #18 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 524 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #18 GLOBO 5 | 1 | 1 | | | |
| 525 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #20 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 526 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #22 CON GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 527 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #22 GOLBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 528 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #24 CON GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|--|----|-----|--|--|--|
| 529 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #24 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 530 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #24 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 531 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #12 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 532 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #16 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 533 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #30 CON GLOBO 30 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 534 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 20 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 535 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 20 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 536 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 22 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 537 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 22 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 538 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #10 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 539 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #14 CON GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 540 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #18 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 541 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #18 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 542 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #20 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 543 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #24 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 544 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #24 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 545 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #30 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 546 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #8-3 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 547 | MATERIAL | SONDA FOLEY LATEX #12 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 548 | MATERIAL | SONDA FOLEY LATEX #14 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 549 | MATERIAL | SONDA FOLEY LATEX #16 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 550 | MATERIAL | SONDA FOLEY SILASTIC 2 VIAS #20 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 551 | MATERIAL | SONDA FOLEY SILASTIC 2 VIAS # 22 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 552 | MATERIAL | SONDA FOLEY SILASTIC 2 VIAS # 24 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 553 | MATERIAL | SONDA NASOGASTRICA ESTOMACAL K-9 T/LEVIN | 1 | 1 | | | |
| 554 | MATERIAL | SONDA NELATON # 14 | 1 | 1 | | | |
| 555 | MATERIAL | SONDA NELATON # 16 | 1 | 1 | | | |
| 556 | MATERIAL | SONDA NELATON # 18 | 1 | 1 | | | |
| 557 | MATERIAL | SONDA NELATON #10 | 1 | 1 | | | |
| 558 | MATERIAL | SONDA NELATON #12 | 1 | 1 | | | |
| 559 | MATERIAL | SONDA PARA ALIMENTACION INFANTIL # K32 5FR | 1 | 1 | | | |
| 560 | MATERIAL | SONDA PARA ALIMENTACION INFANTIL #K31 8FR | 1 | 1 | | | |
| 561 | MATERIAL | SONDA RECTAL K-40 | 1 | 1 | | | |
| 562 | MATERIAL | SONDAS PARA ASPIRACION DE FLEMAS #18 | 1 | 1 | | | |
| 563 | MATERIAL | TALCO POR KILOGRAMO | 1 | 1 | | | |
| 564 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1 PULGADA POR CM | 40 | 100 | | | |
| 565 | MATERIAL | TAPON CON YODOPOVIDONA PARA DIALISIS PERITONEAL | 1 | 1 | | | |
| 566 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1/2 PULGADA POR CM | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|------|------|--|--|--|
| 567 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 568 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 2 PULGADA POR CM | 1 | 1 | | | |
| 569 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1/2 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 570 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 3 PULGADA POR CM | 1 | 1 | | | |
| 571 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 2 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 572 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 3 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 573 | MATERIAL | TERMOMETRO ORAL | 1 | 1 | | | |
| 574 | MATERIAL | TINTURA BENJUI 10% POR ML | 1 | 1 | | | |
| 575 | MATERIAL | TIRALECHE DE CRISTAL | 1 | 1 | | | |
| 576 | MATERIAL | TIRAS PARA MEDICION DE GLUCOSA (DESTROXTIS) | 1 | 1 | | | |
| 577 | MATERIAL | TIRAS REACTIVA | 150 | 380 | | | |
| 578 | MATERIAL | TOALLA SANITARIA GINECOOBSTETRICA | 1 | 1 | | | |
| 579 | MATERIAL | TRANSPORE 1 PULGADA POR CM | 1 | 1 | | | |
| 580 | MATERIAL | TORUNDA DE ALGODÓN | 1080 | 2710 | | | |
| 581 | MATERIAL | TRANSPORE 2 PULG POR CM | 1 | 1 | | | |
| 582 | MATERIAL | TRANSPORE 1/2" | 1 | 1 | | | |
| 583 | MATERIAL | TRANSPORE 3" POR CM | 1 | 1 | | | |
| 584 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 1 PULGADA | 1 | 1 | | | |
| 585 | MATERIAL | TUBO CONECTOR PARA OXIGENO | 1 | 1 | | | |
| 586 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 1/2 PULGADA | 1 | 1 | | | |
| 587 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 1/4 PULGADA | 1 | 1 | | | |
| 588 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 3/4 PULGADA | 1 | 1 | | | |
| 589 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #8.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 590 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #2.0 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 591 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #2.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 592 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #3.0 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 593 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #3.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 594 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #4.0 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 595 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #4.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 596 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #5.0 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 597 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #5.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 598 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #6 | 1 | 1 | | | |
| 599 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #6.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 600 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #8.0 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 601 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #4.0 | 1 | 1 | | | |
| 602 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #4.5 | 1 | 1 | | | |
| 603 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #6.5 | 1 | 1 | | | |
| 604 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #7.0 | 1 | 1 | | | |
| 605 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #7.5 | 1 | 1 | | | |
| 606 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #8.0 | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|----|----|--|--|--|
| 607 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #8.0 | 1 | 1 | | | |
| 608 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #8.5 | 1 | 1 | | | |
| 609 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #9.0 | 1 | 1 | | | |
| 610 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #9.5 | 1 | 1 | | | |
| 611 | MATERIAL | TUBO LATEX PARA SUCCION POR METRO | 1 | 1 | | | |
| 612 | MATERIAL | UMBILIPINZAS DE DESECHABLE | 1 | 1 | | | |
| 613 | MATERIAL | VASELINA SOLIDA POR MILIGRAMO | 1 | 1 | | | |
| 614 | MATERIAL | VENDA DE YESO 5CM | 1 | 1 | | | |
| 615 | MATERIAL | VENDA DE MALLA PARA EXTREMIDADES / RETELAX POR CM | 1 | 1 | | | |
| 616 | MATERIAL | VENDA DE MAYA | 1 | 1 | | | |
| 617 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 5 CM | 1 | 1 | | | |
| 618 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 10 CM | 1 | 1 | | | |
| 619 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 15 CM | 1 | 1 | | | |
| 620 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 20 CM | 1 | 1 | | | |
| 621 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 30 CM | 1 | 1 | | | |
| 622 | MATERIAL | VENDA FIBRA DE VIDRIO 10.0 * 3.65 | 1 | 1 | | | |
| 623 | MATERIAL | VENDA FIBRA DE VIDRIO 7.5 * 3.65 | 1 | 1 | | | |
| 624 | MATERIAL | VENDA HUATA 5 CM | 1 | 1 | | | |
| 625 | MATERIAL | VENDA HUATA 10 CM | 10 | 30 | | | |
| 626 | MATERIAL | VENDA HUATA 15 CM | 1 | 1 | | | |
| 627 | MATERIAL | VENDA HUATA 20 CM | 1 | 1 | | | |
| 628 | MATERIAL | VENDA HUATA 5X5 CM. | 1 | 1 | | | |
| 629 | MATERIAL | VENDA SMARCH 10 CM CON 2.70 MTS. | 1 | 1 | | | |
| 630 | MATERIAL | VENDA SOFFBAN 10CM | 1 | 1 | | | |
| 631 | MATERIAL | VENDA TENSOR 10 CM | 1 | 1 | | | |
| 632 | MATERIAL | VENDA TENSOR 15 CM | 1 | 1 | | | |
| 633 | MATERIAL | VENDA TENSOR 5 CM | 1 | 1 | | | |
| 634 | MATERIAL | VENDA YESO 10 CM | 10 | 20 | | | |
| 635 | MATERIAL | VENDA YESO 15 CM | 1 | 1 | | | |
| 636 | MATERIAL | VENDA YESO 15CM | 1 | 1 | | | |
| 637 | MATERIAL | VENDA YESO 20 CM | 1 | 1 | | | |
| 638 | MATERIAL | VENDA YESO 5 CM | 1 | 1 | | | |
| 639 | MATERIAL | VICRIL 2/0 R-37 / ACIDO POLIGLICOLICO | 1 | 1 | | | |
| 640 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT #1 T/10 R 37 | 1 | 1 | | | |
| 641 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT #1 T/5 R 26 | 1 | 1 | | | |
| 642 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 1/0 T/10 R 37 | 1 | 1 | | | |
| 643 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 1/0 T/5 R 26 | 1 | 1 | | | |
| 644 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 2/0 T/10 R 37 | 1 | 1 | | | |
| 645 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 2/0 T/5 R 26 | 1 | 1 | | | |
| 646 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 3/0 T/10 R 37 | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|--|---|---|--|--|--|
| 647 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 3/0 T/5 R 26 | 1 | 1 | | | |
| 648 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 4/0 T/5 R 26 | 1 | 1 | | | |
| 649 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #1 T/5 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 650 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #1/0 T/5 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 651 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #2/0 T/10 R-37 | 1 | 1 | | | |
| 652 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #2/0 T/5 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 653 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #3/0 T/5 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 654 | MATERIAL | VINAGRE BOTELLA DE 1LT | 1 | 1 | | | |
| 655 | MATERIAL | VIOLETA DE GENCIANA POR ML | 1 | 1 | | | |
| 656 | SERVICIO | GLUCOSA | 1 | 1 | | | |
| 657 | SERVICIO | GLUCOSA POST-PRANDIAL | 1 | 1 | | | |
| 658 | SERVICIO | UREA (NITRÓGENO UREICO)(BUN) | 1 | 1 | | | |
| 659 | SERVICIO | CREATININA | 1 | 1 | | | |
| 660 | SERVICIO | ÁCIDO ÚRICO | 1 | 1 | | | |
| 661 | SERVICIO | COLESTEROL TOTAL | 1 | 1 | | | |
| 662 | SERVICIO | COLESTEROL HDL (ALTA DENSIDAD) | 1 | 1 | | | |
| 663 | SERVICIO | COLESTEROL LDL (BAJA DENSIDAD) | 1 | 1 | | | |
| 664 | SERVICIO | COLESTEROL VLDL (MUY BAJA DENSIDAD) | 1 | 1 | | | |
| 665 | SERVICIO | TRIGLICÉRIDOS | 1 | 1 | | | |
| 666 | SERVICIO | LÍPIDOS TOTALES | 1 | 1 | | | |
| 667 | SERVICIO | PERFIL DE LÍPIDOS (COL. TOTAL, HDL, LDL, VLDL, TGC, LÍPIDOS TOTALES, INDICE ATEROGÉNICO) | 1 | 1 | | | |
| 668 | SERVICIO | ELECTROFORÉSIS DE LIPOPROTEÍNAS / ELECTROFORÉSIS DE PROTEÍNAS C/U | 1 | 1 | | | |
| 669 | SERVICIO | CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA | 1 | 1 | | | |
| 670 | SERVICIO | ALBÚMINA | 1 | 1 | | | |
| 671 | SERVICIO | PROTEÍNAS TOTALES (PT) | 1 | 1 | | | |
| 672 | SERVICIO | GLOBULINAS | 1 | 1 | | | |
| 673 | SERVICIO | BILIRRUBINAS (TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA) | 1 | 1 | | | |
| 674 | SERVICIO | ELECTROLITOS SÉRICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) | 1 | 1 | | | |
| 675 | SERVICIO | SODIO | 1 | 1 | | | |
| 676 | SERVICIO | POTASIO | 1 | 1 | | | |
| 677 | SERVICIO | CLORO | 1 | 1 | | | |
| 678 | SERVICIO | CALCIO | 1 | 1 | | | |
| 679 | SERVICIO | FÓSFORO | 1 | 1 | | | |
| 680 | SERVICIO | MAGNESIO | 1 | 1 | | | |
| 681 | SERVICIO | LITIO | 1 | 1 | | | |
| 682 | SERVICIO | HIERRO SÉRICO | 1 | 1 | | | |
| 683 | SERVICIO | AMILASA SÉRICA O EN ORINA C/U | 1 | 1 | | | |
| 684 | SERVICIO | LIPASA | 1 | 1 | | | |
| 685 | SERVICIO | CREATIN FOSFOKINASA (CPK) (CK) | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|---|---|--|--|--|
| 686 | SERVICIO | CK - FRACCIÓN MB (CK-MB) | 1 | 1 | | | |
| 687 | SERVICIO | TROPONINA SÉRICA | 1 | 1 | | | |
| 688 | SERVICIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA (DHL) | 1 | 1 | | | |
| 689 | SERVICIO | FOSFATASA ALCALINA | 1 | 1 | | | |
| 690 | SERVICIO | FOSFATASA ÁCIDA TOTAL | 1 | 1 | | | |
| 691 | SERVICIO | F. ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA | 1 | 1 | | | |
| 692 | SERVICIO | GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA (GAMA GT) (GGT) | 1 | 1 | | | |
| 693 | SERVICIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1 Y A1c) | 1 | 1 | | | |
| 694 | SERVICIO | TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA (TGO, AST). | 1 | 1 | | | |
| 695 | SERVICIO | TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRÚVICA (TGP, ALT). | 1 | 1 | | | |
| 696 | SERVICIO | QUÍMICA SANGUÍNEA PARCIAL (3) ELEMENTOS: (GLU, UREA, BUN, CREATININA) | 1 | 1 | | | |
| 697 | SERVICIO | QUÍMICA SANGUÍNEA COMPLETA (6) ELEMENTOS: (GLUCOSA, UREA, CREATININA, AC. ÚRICO, COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS) | 1 | 1 | | | |
| 698 | SERVICIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA (F. ROJA, F. BLANCA Y PLAQUETAS) | 1 | 1 | | | |
| 699 | SERVICIO | FÓRMULA ROJA | 1 | 1 | | | |
| 700 | SERVICIO | FÓRMULA BLANCA | 1 | 1 | | | |
| 701 | SERVICIO | PLAQUETAS | 1 | 1 | | | |
| 702 | SERVICIO | RETICULOCITOS | 1 | 1 | | | |
| 703 | SERVICIO | TIEMPOS DE COAGULACIÓN (TP, TTP, INR) | 1 | 1 | | | |
| 704 | SERVICIO | TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) CON INR | 1 | 1 | | | |
| 705 | SERVICIO | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP) | 1 | 1 | | | |
| 706 | SERVICIO | TIEMPO DE TROMBINA (TT) | 1 | 1 | | | |
| 707 | SERVICIO | FIBRINÓGENO | 1 | 1 | | | |
| 708 | SERVICIO | TIEMPO DE SANGRADO | 1 | 1 | | | |
| 709 | SERVICIO | TIEMPO DE COAGULACIÓN | 1 | 1 | | | |
| 710 | SERVICIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR (VSG) | 1 | 1 | | | |
| 711 | SERVICIO | GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh | 1 | 1 | | | |
| 712 | SERVICIO | CÉLULAS LE | 1 | 1 | | | |
| 713 | SERVICIO | EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL (CADA MUESTRA) | 1 | 1 | | | |
| 714 | SERVICIO | GOTA GRUESA | 1 | 1 | | | |
| 715 | SERVICIO | GASOMETRÍA ARTERIAL | 1 | 1 | | | |
| 716 | SERVICIO | COOMBS DIRECTO | 1 | 1 | | | |
| 717 | SERVICIO | COOMBS INDIRECTO | 1 | 1 | | | |
| 718 | SERVICIO | V. D. R. L | 1 | 1 | | | |
| 719 | SERVICIO | ANTIESTREPTOLISINAS (AELO) | 1 | 1 | | | |
| 720 | SERVICIO | FACTOR REUMATOIDE | 1 | 1 | | | |
| 721 | SERVICIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 1 | 1 | | | |
| 722 | SERVICIO | REACCIONES FEBRILES | 1 | 1 | | | |
| 723 | SERVICIO | PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE / ORINA (PIE) C/U | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|---|---|--|--|--|
| 724 | SERVICIO | CUANTIFICACIÓN DE HCG EN SANGRE (FRACCIÓN BETA) | 1 | 1 | | | |
| 725 | SERVICIO | HIV (SIDA) 1 Y 2 | 1 | 1 | | | |
| 726 | SERVICIO | HEPATITIS B (ANTÍGENO DE SUPERFICIE) | 1 | 1 | | | |
| 727 | SERVICIO | HEPATITIS C | 1 | 1 | | | |
| 728 | SERVICIO | HEPATITIS A IgG, | 1 | 1 | | | |
| 729 | SERVICIO | HEPATITIS A IgM | 1 | 1 | | | |
| 730 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA A (IgA) | 1 | 1 | | | |
| 731 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA E (IgE) | 1 | 1 | | | |
| 732 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA G (IgG) | 1 | 1 | | | |
| 733 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA M (IgM) | 1 | 1 | | | |
| 734 | SERVICIO | CRISTALOGRAFÍA | 1 | 1 | | | |
| 735 | SERVICIO | DEPURACIÓN DE CREATININA; ALBUMINA; ÁCIDO ÚRICO (C/U) EN ORINA 24 HRS | 1 | 1 | | | |
| 736 | SERVICIO | CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS | 1 | 1 | | | |
| 737 | SERVICIO | EXÁMEN GENERAL DE ORINA (EGO) | 1 | 1 | | | |
| 738 | SERVICIO | MICROALBUMINURIA | 1 | 1 | | | |
| 739 | SERVICIO | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HRS. | 1 | 1 | | | |
| 740 | SERVICIO | ESPERMATOBIOSCOPÍA DIRECTA | 1 | 1 | | | |
| 741 | SERVICIO | AMIBA EN FRESCO | 1 | 1 | | | |
| 742 | SERVICIO | COPROPARASITOSCÓPICO DE 1 MUESTRA | 1 | 1 | | | |
| 743 | SERVICIO | COPROPARASITOSCÓPICO DE 3 MUESTRAS | 1 | 1 | | | |
| 744 | SERVICIO | COPROLÓGICO | 1 | 1 | | | |
| 745 | SERVICIO | CITOLOGÍA DE MOCO FECAL | 1 | 1 | | | |
| 746 | SERVICIO | AZÚCARES REDUCTORES (DISACÁRIDOS) | 1 | 1 | | | |
| 747 | SERVICIO | SANGRE OCULTA EN HECES | 1 | 1 | | | |
| 748 | SERVICIO | ROTAVIRUS EN HECES | 1 | 1 | | | |
| 749 | SERVICIO | HELICOBACTER PYLORI EN HECES | 1 | 1 | | | |
| 750 | SERVICIO | CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS CON ANTIBIOGRAMA | 1 | 1 | | | |
| 751 | SERVICIO | CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS SIN ANTIBIOGRAMA | 1 | 1 | | | |
| 752 | SERVICIO | BÚSQUEDA DE CHLAMYDIA (VAGINAL, URETRAL) PRUEBA RÁPIDA | 1 | 1 | | | |
| 753 | SERVICIO | B. A. A. R. EN EXPECTORACION Y EN ORINA (BACILOSCOPIA) CADA MUESTRA | 1 | 1 | | | |
| 754 | SERVICIO | CULTIVO PARA MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS | 1 | 1 | | | |
| 755 | SERVICIO | HEMOCULTIVO | 1 | 1 | | | |
| 756 | SERVICIO | CULTIVO PARA HONGOS | 1 | 1 | | | |
| 757 | SERVICIO | TINCIÓN DE GRAM | 1 | 1 | | | |
| 758 | SERVICIO | PERFILTIROIDEO (TSH, T4 TOTAL, T4 LIBRE, T3) | 1 | 1 | | | |
| 759 | SERVICIO | PERFIL GINECOLÓGICO (LH, FSH, PROLACTINA, ESTRADIOL, PROGESTERONA) | 1 | 1 | | | |
| 760 | SERVICIO | PERFIL TORCH (IgG) | 1 | 1 | | | |
| 761 | SERVICIO | PERFIL TORCH (IgM) | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|----------|---|---|---|--|--|--|--|
| 762 | SERVICIO | PERFIL DE LÍPIDOS (COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL, TRIGLICÉRIDOS, LÍPIDOS TOTALES) | 1 | 1 | | | | |
| 763 | SERVICIO | PERFIL HEPÁTICO COMPLETO (PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO (PFH)) BILIRRUBINAS, TGO, TGP, FOSFATASA ALCALINA, GGT, PTOTEÍNAS TOTALES, ALBÚMINA, GLOBULINAS Y REL. A/G | 1 | 1 | | | | |
| 764 | SERVICIO | PERFIL HEPÁTICO BÁSICO (BILIRRUBINAS, TGO, TGP, FOSFATASA ALCALINA). | 1 | 1 | | | | |
| 765 | SERVICIO | PERFIL DE HEPATITIS VIRAL A, B, C, (MARCADORES DE HEPATITIS). | 1 | 1 | | | | |
| 766 | SERVICIO | PERFIL METABÓLICO NEONATAL (TAMIZ NEONATAL) | 1 | 1 | | | | |
| 767 | SERVICIO | PERFIL DE INMUNOGLOBULINAS (A, E, G, M) | 1 | 1 | | | | |
| 768 | SERVICIO | PERFIL CARDIACO BÁSICO (CPK, CK-MB, TGO, DHL) | 1 | 1 | | | | |
| 769 | SERVICIO | PERFIL CARDIACO COMPLETO (CPK, CK-MB, TGO, DHL, TROPONINA T) | 1 | 1 | | | | |
| 770 | SERVICIO | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA (PSA) | 1 | 1 | | | | |
| 771 | SERVICIO | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE | 1 | 1 | | | | |
| 772 | SERVICIO | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA COMPLETO (PSA / PSA LIBRE) | 1 | 1 | | | | |
| 773 | SERVICIO | PERFIL REUMATOLÓGICO BÁSICO (PCR, AELO, F. REUMATOIDE, VSG, AC ÚRICO) | 1 | 1 | | | | |
| 774 | SERVICIO | PERFIL REUMATOLÓGICO COMPLETO (PCR, AELO, F. REUMATOIDE, VSG, AC. ÚRICO, CALCIO, FOSFORO, CELULAS L. E.). | 1 | 1 | | | | |
| 775 | SERVICIO | PERFIL DE UROPORFIRINAS | 1 | 1 | | | | |
| 776 | SERVICIO | ANTICOAGULANTE LÚPICO | 1 | 1 | | | | |
| 777 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-AMIBA | 1 | 1 | | | | |
| 778 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI - DNA (NATIVO, DE DOBLE CADENA) | 1 | 1 | | | | |
| 779 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI - NUCLEARES (ANA) | 1 | 1 | | | | |
| 780 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- CISTICERCOS | 1 | 1 | | | | |
| 781 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-CITOMEGALOVIRUS (IgG, / IgM (C/UNO) | 1 | 1 | | | | |
| 782 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-HERPES I IgG, / IgM (CADA UNO) | 1 | 1 | | | | |
| 783 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-HERPES II IgG, / IgM (CADA UNO) | 1 | 1 | | | | |
| 784 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLÍPIDOS IgG (CARDIOLÍPIDOS) | 1 | 1 | | | | |
| 785 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLÍPIDOS IgM (CARDIOLÍPIDOS) | 1 | 1 | | | | |
| 786 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI RUBEOLA IgG | 1 | 1 | | | | |
| 787 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI RUBEOLA IgM | 1 | 1 | | | | |
| 788 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-TOXOPLASMA IgM, IgG C/U | 1 | 1 | | | | |
| 789 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IgG | 1 | 1 | | | | |
| 790 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IgM | 1 | 1 | | | | |
| 791 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS | 1 | 1 | | | | |
| 792 | SERVICIO | ANTÍGENO DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS (PRUEBA RÁPIDA) | 1 | 1 | | | | |
| 793 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgG | 1 | 1 | | | | |
| 794 | SERVICIO | CARBAMACEPINA | 1 | 1 | | | | |
| 795 | SERVICIO | CA 19-9 | 1 | 1 | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|---|---|---|--|--|--|
| 796 | SERVICIO | CA 15-3 | 1 | 1 | | | |
| 797 | SERVICIO | CA 125 | 1 | 1 | | | |
| 798 | SERVICIO | ALFAPETOPROTEÍNA (AFP) | 1 | 1 | | | |
| 799 | SERVICIO | ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA) | 1 | 1 | | | |
| 800 | SERVICIO | ÁCIDO VALPROICO | 1 | 1 | | | |
| 801 | SERVICIO | DIFENILHIDANTOÍNA (FENITOÍNA) | 1 | 1 | | | |
| 802 | SERVICIO | DIGOXINA | 1 | 1 | | | |
| 803 | SERVICIO | AMONIO EN PLASMA HEPARINIZADO | 1 | 1 | | | |
| 804 | SERVICIO | COMPLEMENTO C3 | 1 | 1 | | | |
| 805 | SERVICIO | COMPLEMENTO C4 | 1 | 1 | | | |
| 806 | SERVICIO | ANFETAMINAS EN ORINA | 1 | 1 | | | |
| 807 | SERVICIO | COCAÍNA EN ORINA | 1 | 1 | | | |
| 808 | SERVICIO | PROTEÍNA DE BENCE- JONES (EN ORINA DE 24 HRS) | 1 | 1 | | | |
| 809 | SERVICIO | INSULINA BASAL | 1 | 1 | | | |
| 810 | SERVICIO | INSULINA POST- PRANDIAL (2 MUESTRAS) | 1 | 1 | | | |
| 811 | SERVICIO | CEPILLADO URETRAL (DETECCIÓN DE VPH POR CITOLOGÍA) | 1 | 1 | | | |
| 812 | SERVICIO | YODO PROTÉICO | 1 | 1 | | | |
| 813 | SERVICIO | TSH (HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES) | 1 | 1 | | | |
| 814 | SERVICIO | ESTRADIOL | 1 | 1 | | | |
| 815 | SERVICIO | ESTRÓGENOS TOTALES | 1 | 1 | | | |
| 816 | SERVICIO | HORMONA DE CRECIMIENTO (HC) | 1 | 1 | | | |
| 817 | SERVICIO | HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH) | 1 | 1 | | | |
| 818 | SERVICIO | HORMONA LUTEINIZANTE (LH) | 1 | 1 | | | |
| 819 | SERVICIO | PROGESTERONA | 1 | 1 | | | |
| 820 | SERVICIO | PROLACTINA | 1 | 1 | | | |
| 821 | SERVICIO | TESTOSTERONA TOTAL | 1 | 1 | | | |
| 822 | SERVICIO | CORTISOL | 1 | 1 | | | |
| 823 | SERVICIO | PAPANICOLAOU CERVICO-VAGINAL (CITOLOGÍA) | 1 | 1 | | | |
| 824 | SERVICIO | CITOQUÍMICO DE L. C. R., Ó CUALQUIER OTRO LÍQUIDO. | 1 | 1 | | | |
| 825 | SERVICIO | BOLSITA RECOLECTORA DE ORINA | 1 | 1 | | | |
| 826 | SERVICIO | TOMA DE MUESTRAS A DOMICILIO | 1 | 1 | | | |
| 827 | SERVICIO | URGENCIAS | 1 | 1 | | | |
| 828 | MEDICAMENTO | ACETILCISTEINA 400 MG. 2 ML. AMPULA / MUCOMYST. | 1 | 1 | | | |
| 829 | MEDICAMENTO | ACETILCISTEINA 400 MG. 2 ML. CAJA CON 5 AMPULAS / MUCOMYST. | 1 | 1 | | | |
| 830 | MEDICAMENTO | ACIDO ACETILSALICILICO 500 MG. C/40 TABS. / ASPIRINA. | 1 | 1 | | | |
| 831 | MEDICAMENTO | ALPRAZOLAM .50 MG /TAFIL TABLETA | 1 | 1 | | | |
| 832 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SOLUCION INYECTABLE AMPULAS DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 833 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SOLUCION INYECTABLE CAJA CON 10 AMPULAS DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 834 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SUSPENSIÓN DE 300 MG FRASCO DE 250 ML | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|---|---|---|--|--|--|
| 835 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 100 MG INY. 1 AMP. 2 ML. | 1 | 1 | | | |
| 836 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 500 MG. INY. 1 AMP. 2 ML. | 1 | 1 | | | |
| 837 | MEDICAMENTO | AMINOFILINA 250 MG 10 ML C/5 AMPL | 1 | 1 | | | |
| 838 | MEDICAMENTO | AMIODARONA AMPULA 150 ML/3ML | 1 | 1 | | | |
| 839 | MEDICAMENTO | AMLODIPINO TABLETA | 1 | 1 | | | |
| 840 | MEDICAMENTO | AMOXICICILINA Y CLAVUNATO DE POTASIO SUSPENSION PEDIATRICA 125 MG. 60 ML. | 1 | 1 | | | |
| 841 | MEDICAMENTO | AMOXICICILINA Y CLAVUNATO DE POTASIO SUSPENSION PEDIATRICA 500 MG. 5 ML. | 1 | 1 | | | |
| 842 | MEDICAMENTO | AMOXICICILINA Y CLAVUNATO DE POTASIO TABLETAS 875 MG. CON 12 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 843 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA TABLETAS 500 MG 125 MG C/12 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 844 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1G AMPULA DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 845 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1G TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 846 | MEDICAMENTO | AMPICILINA DE 250 MG/2ML | 1 | 1 | | | |
| 847 | MEDICAMENTO | ANGLIX FRASCO CON 24 PERLAS | 1 | 1 | | | |
| 848 | MEDICAMENTO | ANGLIX POR PERLA/NIFEDIPINO | 1 | 1 | | | |
| 849 | MEDICAMENTO | APREZALINA TABLETA 10MG | 1 | 1 | | | |
| 850 | MEDICAMENTO | ATROPINA AMPULA DE 1 ML | 1 | 1 | | | |
| 851 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 1,000,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 852 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 400,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 853 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 5,000,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 854 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 800,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 855 | MEDICAMENTO | BETAMETAZONA AMPOLLETA | 1 | 1 | | | |
| 856 | MEDICAMENTO | BICARBONATO DE SODIO 7.5% AMPULA DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 857 | MEDICAMENTO | BICARBONATO DE SODIO 7.5% FRASCO DE 50 ML AMP. | 1 | 1 | | | |
| 858 | MEDICAMENTO | BISOLVON 0.2% FCO | 1 | 1 | | | |
| 859 | MEDICAMENTO | BROMURO DE VECURONIO/ NODESCRON 4MG AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 860 | MEDICAMENTO | BUDESONIDA 125 GRS | 1 | 1 | | | |
| 861 | MEDICAMENTO | BUFIGEN /NALBUFINA DE 10 MG AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 862 | MEDICAMENTO | BUFIGEN /NALBUFINA DE 10 MG CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 863 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA 50MG AMPULA DE 10 ML. | 1 | 1 | | | |
| 864 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA 150MG/30ML | 1 | 1 | | | |
| 865 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA C/EPINEFRINA POR ML | 1 | 1 | | | |
| 866 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA C/EPINEFRINA FRASCO DE 30 ML | 1 | 1 | | | |
| 867 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA FRASCO 30 ML | 1 | 1 | | | |
| 868 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA PESADA AMPULA 3ML | 1 | 1 | | | |
| 869 | MEDICAMENTO | BUPRENORFINA/CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA 30 MG/1ML AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 870 | MEDICAMENTO | BUSCAPINA COMPUESTA AMPOLLETA DE 20MG/2.5G/2ML | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|---|-----|-----|--|--|--|
| 871 | MEDICAMENTO | BUSCAPINA COMPUESTA TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 872 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA SIMPLE 20 MG 1 ML. AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 873 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA SIMPLE 20 MG 1 ML. CAJA CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 874 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 875 | MEDICAMENTO | CAFEINA Y ERFGOTAMINA 100MG/1ML CAJA CON 20 GRAJEAS | 1 | 1 | | | |
| 876 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 25 MG TABLETAS CAJA CON 30 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 877 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 25MG TABLETA | 1 | 1 | | | |
| 878 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 50 MG TABLETA | 1 | 1 | | | |
| 879 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 50 MG TABLETAS CAJA CON 30 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 880 | MEDICAMENTO | CARBON NATURAL DE 250 MG CAJA CON 100 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 881 | MEDICAMENTO | CEFALEXINA CAPSULAS 500 MG CAJA CON 12 CAPSULAS | 1 | 1 | | | |
| 882 | MEDICAMENTO | CEFALEXINA SUSPENSION 125 MG 90ML. | 1 | 1 | | | |
| 883 | MEDICAMENTO | CEFALOTINA SÓDICA 1G AMPULA DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 884 | MEDICAMENTO | CEFOTAXIMA DE 1G AMPOLLETA | 1 | 1 | | | |
| 885 | MEDICAMENTO | CEFTAZIDIMA DE 1G SOLUCION INYECTABLE | 1 | 1 | | | |
| 886 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA 1G IV FRASCO | 9 | 23 | | | |
| 887 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA SOLUCION INYECTABLE DE 1 GR AMPULA DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 888 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA SOLUCION INYECTABLE 500 MG AMPULA DE 2ML | 1 | 1 | | | |
| 889 | MEDICAMENTO | CEFUROXIMA 750 MG AMPOLLETA DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 890 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO 200MG 100ML | 150 | 370 | | | |
| 891 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO 400 MG FRASCO DE 200 ML | 1 | 1 | | | |
| 892 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO 500 MG TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 893 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO TABLETAS DE 250MG CON 8 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 894 | MEDICAMENTO | CISAPRIDA 1MG/ML 60 ML SUSPENSION | 1 | 1 | | | |
| 895 | MEDICAMENTO | CLARITROMICINA 125MG/5ML SUSPENSION FRASCO 125ML | 1 | 1 | | | |
| 896 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA DE 300MG/2ML | 10 | 20 | | | |
| 897 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA DE 600 MG | 20 | 50 | | | |
| 898 | MEDICAMENTO | CLIOQUINAL CREMA | 1 | 1 | | | |
| 899 | MEDICAMENTO | CLONIXINA DE LISINA/FIRAC AMPULA | 10 | 30 | | | |
| 900 | MEDICAMENTO | CLONIXINA DE LISINA/FIRAC CAJA CON 5 AMPULAS DE 100 MG/2ML | 1 | 1 | | | |
| 901 | MEDICAMENTO | CLONIXINATO DE LISINA/ PARGEVERINA 100 MG/7.5MG CAJA CON 6 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 902 | MEDICAMENTO | CLOPIDROGEL TABS | 1 | 1 | | | |
| 903 | MEDICAMENTO | CLORANFENICOL SOLUCION OFTALMICA GOTERO DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 904 | MEDICAMENTO | CLORFENAMIONA TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 905 | MEDICAMENTO | CLORHIDRATO DE METFORMINA 850 MG TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 906 | MEDICAMENTO | CLOROTRIMETRON 10 MG /1 ML AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 907 | MEDICAMENTO | CLOROTRIMETRON 10 MG /1 ML CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 908 | MEDICAMENTO | CLORURO DE POTASIO/ KELEFUSIN AMPOLLETA DE 5 ML | 1 | 3 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|--|----|----|--|--|--|
| 909 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SUXAMETONIO AMPULA 2 ML /UXICOLIN | 1 | 1 | | | |
| 910 | MEDICAMENTO | DEXAMETAZONA SOLUCION AMPULA 8MG 2 ML | 6 | 14 | | | |
| 911 | MEDICAMENTO | DEXAMETAZONA Y NEOMICINA GOTAS FRASCO DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 912 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM / VALIUM 5MG SOLUCION INYECTABLE | 1 | 3 | | | |
| 913 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA 500 MG AMPULA DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 914 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA CAPSULAS 500MG CAJA CON 12 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 915 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA CAPSULAS 500MG TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 916 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL 40MG/2ML /VONTROL AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 917 | MEDICAMENTO | DIGOXINA DE 5 MG AMPULA DE 2ML | 1 | 1 | | | |
| 918 | MEDICAMENTO | DINITRATO DE ISOSORBIDA 10MG CAJA CON 40 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 919 | MEDICAMENTO | DINITRATO DE ISOSORBIDA 5MG CAJA CON 40 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 920 | MEDICAMENTO | DOBUTAMINA DE AMPULA DE 5ML/DOBUJECT | 1 | 1 | | | |
| 921 | MEDICAMENTO | DOBUTAMINA DE 250MG /20ML | 1 | 1 | | | |
| 922 | MEDICAMENTO | DOPAMINA AMPOLLETA DE 5 ML DE 200MG/5ML | 1 | 1 | | | |
| 923 | MEDICAMENTO | DOPAMINA SOLUCION INYECTABLE 40MG/ML CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 924 | MEDICAMENTO | EFEDRINA | 1 | 1 | | | |
| 925 | MEDICAMENTO | ELECTROLITOS ORALES | 1 | 1 | | | |
| 926 | MEDICAMENTO | ELEQUINE/LEVOFLOXACINO DE 500 MG SOLUCION INYECTABLE | 1 | 1 | | | |
| 927 | MEDICAMENTO | ENFRAN LIQUIDO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 928 | MEDICAMENTO | ENOXAPARINA 20 CAJA CON 2 AMPOLLETAS | 1 | 1 | | | |
| 929 | MEDICAMENTO | ENOXAPARINA 60 MG AMPOLLETA | 20 | 50 | | | |
| 930 | MEDICAMENTO | EPINEFRINA DE 1G AMPULA DE 1ML | 1 | 1 | | | |
| 931 | MEDICAMENTO | ERGOMETRINA / ERGOTRATE, ERGOTRATE .2 MG /1ML AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 932 | MEDICAMENTO | ERGOMETRINA / ERGOTRATE, ERGOTRATE .2 MG /1ML CAJA CON 6 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 933 | MEDICAMENTO | ERITROPOYETINA HUMANA REMCOMBINANTE 2000UI/ML /EXETIN-A AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 934 | MEDICAMENTO | FENITOINA SODICA SOLUCION INYECTABLE DE 250 MG AMPULA DE 5ML | 1 | 1 | | | |
| 935 | MEDICAMENTO | FENITOINA DF H O DIFENIL HIDANTOINA . SOLUCION INYECTABLE DE 250 MG CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 936 | MEDICAMENTO | FENOBARBITAL 100 MG FRASCO CON 40 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 937 | MEDICAMENTO | FENOTEROL AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 938 | MEDICAMENTO | FENOTEROL AMPULA CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 939 | MEDICAMENTO | FENOTEROL TABLETAS 5MG CAJA CON 20 TABLETAS/PARTUSISTEN | 1 | 1 | | | |
| 940 | MEDICAMENTO | FENOTEROL TABLETAS DE 5MG PZA | 1 | 1 | | | |
| 941 | MEDICAMENTO | FENTANEST /FENODID/ FENTANIL/ 250 MG 5ML AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 942 | MEDICAMENTO | FINLAC SOLUCION INYECTABLE DE 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 943 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 10MG DE 2ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 944 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 2ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|--|-----|-----|--|--|--|
| 945 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 2ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 946 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA DE 10MG DE 1 ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 947 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA DE 10MG DE 1 ML / VITAMINA K / KONAKION CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 948 | MEDICAMENTO | FLOROGLUCINOL/TRIMETILFLOROGLUCINOL / PANCLASA 40MG/4MG CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 949 | MEDICAMENTO | FOSFATO DE CLINDAMICINA 300 MG AMPULA DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 950 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA 20 MG AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 951 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA 20 MG AMPULA DE 2 ML CON AMPULA DE 5 AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 952 | MEDICAMENTO | GELATINA / GELAFUNDIN SOLUCION DE 500 ML. | 1 | 1 | | | |
| 953 | MEDICAMENTO | GLUCONATO DE CALCIO 10% AMPULA DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 954 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 1000 ML PRECIO POR UNIDAD | 1 | 1 | | | |
| 955 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 5000 ML PRECIO POR UNIDAD | 1 | 1 | | | |
| 956 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 1000 UNIDADES FRASCO DE 5ML | 1 | 1 | | | |
| 957 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 5000 UNIDADES FRASCO DE 5ML | 1 | 1 | | | |
| 958 | MEDICAMENTO | HIDRALAZINA 10 MG CAJA CON 100 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 959 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA SOLUCION INYECTABLE 100 MG AMPULA DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 960 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA SOLUCION INYECTABLE 500 MG AMPULA DE 5 MIL | 1 | 1 | | | |
| 961 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA/CLORAMFENICOL BENZOCAINA GOTAS 10ML | 1 | 1 | | | |
| 962 | MEDICAMENTO | HIERRO DEXTRANO CAJA CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 963 | MEDICAMENTO | HIERRO POLIMATOSADO/ACIDO FOLICO CAJA CON 30 GRAJEAS | 1 | 1 | | | |
| 964 | MEDICAMENTO | HORSIPRENALINA AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 965 | MEDICAMENTO | HORSIPRENALINA CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 966 | MEDICAMENTO | HYPNOMIDATE (ETOMIDATO) 20 MG AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 967 | MEDICAMENTO | IBUPROFENO SUSPENSION | 1 | 1 | | | |
| 968 | MEDICAMENTO | IBUPROFENO TABLETAS DE 400 MG | 1 | 1 | | | |
| 969 | MEDICAMENTO | IBUPROFENO TABLETAS DE 800 MG | 1 | 1 | | | |
| 970 | MEDICAMENTO | INDOMETACINA SUPOSITORIOS CAJA CON 15 COMPRIMIDOS | 1 | 1 | | | |
| 971 | MEDICAMENTO | INDOMETACINA SUPOSITORIOS PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 972 | MEDICAMENTO | INSULINA HUMANA R AMPULA DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 973 | MEDICAMENTO | INSULINA HUMANA N AMPULA DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 974 | MEDICAMENTO | INSULINA HUMANA N Y R PRECIO POR UNIDAD | 200 | 500 | | | |
| 975 | MEDICAMENTO | IRATROPIO/SALBUTAMOL/COMBIVENT AMPULA DE 2.5ML | 30 | 70 | | | |
| 976 | MEDICAMENTO | IRATROPIO/SALBUTAMOL/COMBIVENT CAJA CON 10 AMPULAS DE 2.5ML | 1 | 1 | | | |
| 977 | MEDICAMENTO | KETAMINA FRASCO AMPULA 500MG/10ML | 1 | 1 | | | |
| 978 | MEDICAMENTO | KETAMINA FRASCO AMPULA CAJA CON 6 AMP/2ML | 1 | 1 | | | |
| 979 | MEDICAMENTO | KETOPROFENO (AMPULA) | 20 | 40 | | | |
| 980 | MEDICAMENTO | KETOPROFENO CAJA CON 6 AMPULAS DE 2ML | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|------|-------------|---|-----|-----|--|--|--|
| 981 | MEDICAMENTO | KETOROLACO 30 MG CAJA CON 3 AMPULAS DE 1 ML | 1 | 1 | | | |
| 982 | MEDICAMENTO | KETOROLACO 30 MG TABLETA SUBLINGUAL CAJA CON 4 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 983 | MEDICAMENTO | KETOROLACO AMPULA DE 1 ML | 180 | 440 | | | |
| 984 | MEDICAMENTO | KETOROLACO TABLETAS DE 10 MG | 1 | 1 | | | |
| 985 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 1% FRASCO DE 50 ML | 1 | 1 | | | |
| 986 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 1% POR ML | 1 | 1 | | | |
| 987 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% CON EPINEFRINA FRASCO DE 50 ML. | 1 | 1 | | | |
| 988 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% CON EPINEFRINA POR ML. | 1 | 1 | | | |
| 989 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% FRASCO DE 50 ML | 1 | 1 | | | |
| 990 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% POR ML | 1 | 1 | | | |
| 991 | MEDICAMENTO | MELOXICAM / MOBICOX 15 MG/1.5ML CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 992 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 1G/2ML CAJA CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 993 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 2.5 G DE AMPULA DE 5 ML | 30 | 80 | | | |
| 994 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO EN TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 995 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO EN TABLETAS CAJA CON 10 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 996 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 2G/4ML AMPULA / PRODOLINA | 1 | 1 | | | |
| 997 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 2G/4ML CAJA CON 5 AMPULAS /PRODOLINA | 1 | 1 | | | |
| 998 | MEDICAMENTO | METFORMINA 850MG /FICONAX CAJA CON 30 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 999 | MEDICAMENTO | METFORMINA GLIBENCLAMIDA/ NORFABEN 2.5MG CAJA CON 30 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 1000 | MEDICAMENTO | METILDOPA 250MG TABLETA | 1 | 1 | | | |
| 1001 | MEDICAMENTO | METILDOPA 250MG TABLETAS CAJA CON 50 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 1002 | MEDICAMENTO | METILPREDNISOLONA / SOLUMEDROL 500MG/4ML 1 FRASCO AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 1003 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA DE 10 MG AMPULA DE 2 ML | 80 | 190 | | | |
| 1004 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA DE 10 MG AMPULA DE 2 ML CAJA CON 6 AMP. | 1 | 1 | | | |
| 1005 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 1006 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL 500 MG SOLUCION INYECTABLE DE 100 ML | 1 | 1 | | | |
| 1007 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL FRASCO DE 100 ML | 1 | 1 | | | |
| 1008 | MEDICAMENTO | MICONAZOL CREMA | 1 | 1 | | | |
| 1009 | MEDICAMENTO | MIDAZOLAM / DORMICUM AMPULA DE 5 MG DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 1010 | MEDICAMENTO | MIDAZOLAM / DORMICUM CAJA CON 5 AMPULAS DE 5 MG DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 1011 | MEDICAMENTO | MISOPROSTOL 200MG TABLETAS / CYTOTEC | 1 | 1 | | | |
| 1012 | MEDICAMENTO | MVI /MULTIVITAMINICO /DEXTREVIT SOLUCION ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 1013 | MEDICAMENTO | MVI /MULTIVITAMINICO /DEXTREVIT SOLUCION PEDIATRICO | 1 | 1 | | | |
| 1014 | MEDICAMENTO | NALBUFINA/ BUFIGEN 10MG CAJA CON 5 AMPULAS DE 1ML | 1 | 1 | | | |
| 1015 | MEDICAMENTO | NALBUFINA/ BUFIGEN AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 1016 | MEDICAMENTO | NALOXONA AMPULA/NORCAREX 2MG/2ML | 1 | 1 | | | |
| 1017 | MEDICAMENTO | NAPROXENO TABLETAS | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|------|-------------|---|-----|-----|--|--|--|
| 1018 | MEDICAMENTO | NEOSTIGMINA .5MG/ 1ML AMPULA /PROSTIGMINE | 1 | 1 | | | |
| 1019 | MEDICAMENTO | NEOSTIGMINA .5MG/ 1ML CAJA CON 6 AMPULAS /PROSTIGMINE | 1 | 1 | | | |
| 1020 | MEDICAMENTO | NIFEDIGEL 10 MG CAPSULAS CON 20 | 1 | 1 | | | |
| 1021 | MEDICAMENTO | NIMESULIDA 100 MG CAJA DE TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 1022 | MEDICAMENTO | NIMESULIDA SUSPENSIÓN 1G DE 60ML | 1 | 1 | | | |
| 1023 | MEDICAMENTO | NITRADICS PARCHES DE 10 MG PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 1024 | MEDICAMENTO | NITRADICS PARCHES DE 5 MG CON 7 PIEZAS | 1 | 1 | | | |
| 1025 | MEDICAMENTO | NITRADICS PARCHES DE 5 MG PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 1026 | MEDICAMENTO | NITROFURACIN POMADA 450 GRS | 1 | 1 | | | |
| 1027 | MEDICAMENTO | NOREPINEFRINA 4MG AMPULA DE 4 ML | 1 | 1 | | | |
| 1028 | MEDICAMENTO | OMEPRAZOL (PENTREN, TARZOL) FRASCO 40 MG | 100 | 240 | | | |
| 1029 | MEDICAMENTO | ONDASENTRON 2MG/4ML CON 1 AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 1030 | MEDICAMENTO | ONDASENTRON DE 2MG/2ML CON 1 AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 1031 | MEDICAMENTO | OXITOCINA AMPULA DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 1032 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM / VALIUM 5MG SOLUCION INYECTABLE | 1 | 1 | | | |
| 1033 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL SUPOSITORIOS 100MG | 1 | 1 | | | |
| 1034 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL SUPOSITORIOS 300MG | 1 | 1 | | | |
| 1035 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL TABLETAS CAJA CON 10 | 1 | 1 | | | |
| 1036 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL GOTAS PEDIATRICAS | 1 | 1 | | | |
| 1037 | MEDICAMENTO | PASTA LASSAR CREMA | 1 | 1 | | | |
| 1038 | MEDICAMENTO | PENTOXIFILINA SOLUCION INYECTABLE AMPULA (TRENTAL) | 1 | 1 | | | |
| 1039 | MEDICAMENTO | PENTOXIFILINA SOLUCION INYECTABLE CAJA CON 4 AMPULAS (TRENTAL) | 1 | 1 | | | |
| 1040 | MEDICAMENTO | PROSTIGMINE AMPULA DE 5MG | 1 | 1 | | | |
| 1041 | MEDICAMENTO | PROSTIGMINE CAJA CON 6 AMPULAS DE 5MG | 1 | 1 | | | |
| 1042 | MEDICAMENTO | RANITIDINA DE 50 MG AMPULA 2ML | 7 | 17 | | | |
| 1043 | MEDICAMENTO | RECOFOL PROPOFOL 10 MG AMPULA 20 ML | 1 | 1 | | | |
| 1044 | MEDICAMENTO | RIOPAN GEL | 1 | 1 | | | |
| 1045 | MEDICAMENTO | SALBUTAMOL SOLUCION | 1 | 1 | | | |
| 1046 | MEDICAMENTO | SENOSIDOS A Y B Y CONCENTRADO DE CIRUELA /LAXACAPS CAJA CON 30 PERLAS | 1 | 1 | | | |
| 1047 | MEDICAMENTO | SENOSIDOS A Y B Y CONCENTRADO DE CIRUELA /LAXACAPS POR PZA | 1 | 1 | | | |
| 1048 | MEDICAMENTO | SEVOFLUORANO LIQUIDO PRECIO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 1049 | MEDICAMENTO | SINTRUM PLANTAGON TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 1050 | MEDICAMENTO | SOLUMEDROL FRASCO AMPULA DE 500ML G | 1 | 1 | | | |
| 1051 | MEDICAMENTO | SULFADINA DE PLATA TARRO DE 28 G. | 1 | 1 | | | |
| 1052 | MEDICAMENTO | SULFATO DE MAGNESIO MAGNEFUSIN (MAGNEFUSIN) | 1 | 1 | | | |
| 1053 | MEDICAMENTO | SUPLEMENTO ALIMENTICIO ENTEREX | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | | |
|------|-------------|--|---|----------|--|--|--|--|
| 1054 | MEDICAMENTO | SUTIRAL AMPOLLETAS CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | | |
| 1055 | MEDICAMENTO | TELMISARTAN TABLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1056 | MEDICAMENTO | TEMGESIC AMPULA 0.3 MG | 1 | 1 | | | | |
| 1057 | MEDICAMENTO | TEMGESIC AMPULA CAJA DE 6 AMPOLLETAS 0.3 MG | 1 | 1 | | | | |
| 1058 | MEDICAMENTO | TOXOIDE TETANICO CAJA CON AMPOLLETA | 1 | 1 | | | | |
| 1059 | MEDICAMENTO | TOXOIDE TETANICO CAJA CON 3 AMPOLLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1060 | MEDICAMENTO | TRADOL 100 /2ML AMPOLLETA | 1 | 1 | | | | |
| 1061 | MEDICAMENTO | TRADOL 100 /2ML CON 5 AMPOLLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1062 | MEDICAMENTO | TRADOL 50 MG/1ML AMPOLLETA | 1 | 1 | | | | |
| 1063 | MEDICAMENTO | TRADOL 50 MG/1ML CAJA CON 3 AMPOLLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1064 | MEDICAMENTO | TRAMADOL 50MG AMPOLLETA CAJA CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | | |
| 1065 | MEDICAMENTO | TRIMEBUTINA DE AMPOLLETA CON 5ML | 1 | 1 | | | | |
| 1066 | MEDICAMENTO | TRIMEBUTINA DE 5 ML CAJA CON 6 AMPOLLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1067 | MEDICAMENTO | TRIMETROPIN CON SULFAMETAZOL TABLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1068 | MEDICAMENTO | TRIMEXAZOL SOLUCION INYECTABLE ampula 160 ML 800MG/3ML | 1 | 1 | | | | |
| 1069 | MEDICAMENTO | TRIMEXAZOL SOLUCION INYECTABLE CAJA CON 6 160 ML 800MG/3ML | 1 | 1 | | | | |
| 1070 | MEDICAMENTO | TRINERGOT GRAGEAS CAJA CON 20 TABLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1071 | MEDICAMENTO | VALUIM/ DIAZEPAM AMPULA DE 5 MG | 1 | 1 | | | | |
| 1072 | MEDICAMENTO | VERAPAMILO AMPULA DE 2ML | 1 | 1 | | | | |
| 1073 | MEDICAMENTO | VONTROL (AMPULA CAJA CON 3 AMPULAS) | 1 | 1 | | | | |
| 1074 | MEDICAMENTO | XILOCAINA SPRAY 10% FRASCO DE 115 ML | 1 | 1 | | | | |
| 1075 | MEDICAMENTO | XILOCAINA SPRAY 10% POR ML | 1 | 1 | | | | |
| | | | | SUBTOTAL | | | | |
| | | | | IVA | | | | |
| | | | | TOTAL | | | | |

ANEXO 43

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 25

**SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICO Y HOSPITALIZACIÓN,
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA EN TEZIUTLÁN**

| No. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO O PROMEDIO O MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO O | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO O MÍNIMO | PRESUPUESTO O MÁXIMO |
|--|------------------|--|-----------------------------|-------------------------|-------------------|--|--|----------------------|----------------------|
| 1 | SERVICIO | PAQUETE CESÁREA CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo, Anestesiólogo, Ayudante, Pediatra e Instrumentista) | | | | | | | | | |
| 2 | SERVICIO | PAQUETE CESÁREA SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | | |
| 3 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo y Pediatra) | | | | | | | | | |
| 4 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (SIN ANALGESIA) SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | | |
| 5 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Cuneros e Incubadora (mas todos los insumos) máximo 2 días | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo, Anestesiólogo y Pediatra) | | | | | | | | | |
| 6 | SERVICIO | PARTO FISIOLÓGICO (CON ANALGESIA) SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | | |
| 7 | SERVICIO | LUI CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de Quirófano (mas todos los insumos) | | | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Ginecólogo, Anestesiólogo e Instrumentista) | | | | | | | |
| 8 | SERVICIO | LUI SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | | | |
| 9 | SERVICIO | PLASTIAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | | | |
| | | Días cama (hasta 2 días) | | | | | | | |
| | | Derecho de sala (mas todos los insumos) | | | | | | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | |
|----|----------|---|---|----|--|--|--|
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | |
| | | Malla (en caso de requerirla) | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | |
| 10 | SERVICIO | PLASTIAS (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | |
| 11 | SERVICIO | PLASTIAS COMPLICADA (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 4 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | |
| | | Malla (en caso de requerirla) | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | |
| 12 | SERVICIO | PLASTIAS COMPLICADA (UMBILICAL, INGUINAL, FEMORAL, POST-INCISIONAL) SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | |
| 13 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | |
| 14 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | |
| 15 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA COMPLICADA CON HONORARIOS MÉDICOS | 8 | 20 | | | |
| | | Días cama (hasta 5 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | |
| | | Honorarios Médicos: Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista | | | | | |
| 16 | SERVICIO | APENDICECTOMÍA COMPLICADA SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | |
| 17 | SERVICIO | COLECISTECTOMÍA CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | |
| 18 | SERVICIO | COLECISTECTOMÍA SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | |
| 19 | SERVICIO | HISTERECTOMÍA CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | |
| 20 | SERVICIO | HISTERECTOMÍA SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | |
| 21 | SERVICIO | LAPE (LAPAROTOMIA EXPLORADORA) CON HONORARIOS MÉDICOS | 4 | 10 | | | |
| | | Días cama (hasta 3 días) | | | | | |
| | | Derecho de Sala (mas todos los insumos) | | | | | |
| | | Materiales Desechables | | | | | |
| | | Oxígeno | | | | | |
| | | Con Honorarios Médicos: (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante e Instrumentista) | | | | | |
| 22 | SERVICIO | LAPE (LAPAROTOMIA EXPLORADORA) SIN HONORARIOS MÉDICOS | 1 | 1 | | | |
| 23 | SERVICIO | DERECHO DE QUIROFANO | 1 | 1 | | | |



| | | | | | | | |
|----|---------------|--|-----|------|--|--|--|
| 24 | SERVICIO | DERECHO DE SALA DE EXPULSION | 1 | 1 | | | |
| 25 | SERVICIO | DERECHO SALA DE CHOQUE | 1 | 1 | | | |
| 26 | SERVICIO | DEFIBRILADOR POR SESION | 1 | 1 | | | |
| 27 | SERVICIO | ELECTROCARDIOGRAMA | 20 | 40 | | | |
| 28 | SERVICIO | ESTANCIA EN CAMA DE PEDIATRIA | 20 | 40 | | | |
| 29 | SERVICIO | ESTANCIA EN CUNERO | 1 | 1 | | | |
| 30 | SERVICIO | ESTANCIA EN SALA GENERAL ADULTOS | 130 | 320 | | | |
| 31 | SERVICIO | INCUBADORA POR DIA | 1 | 1 | | | |
| 32 | SERVICIO | INCUBADORA POR HORA | 1 | 1 | | | |
| 33 | SERVICIO | MONITOR / HR | 1 | 1 | | | |
| 34 | SERVICIO | OBSERVACION EN URGENCIAS | 1 | 1 | | | |
| 35 | SERVICIO | OXIGENO POR HORA | 450 | 1120 | | | |
| 36 | SERVICIO | ATENCION NEONATAL POR MEDICO GENERAL | 1 | 1 | | | |
| 37 | SERVICIO | AYUDANTIA QUIRURGICA | 1 | 1 | | | |
| 38 | SERVICIO | CONSULTA DE MEDICINA GENERAL | 280 | 710 | | | |
| 39 | SERVICIO | CONSULTA DE ESPECIALIDAD | 60 | 160 | | | |
| 40 | SERVICIO | CONSULTA DE ESPECIALIDAD NOCTURNO, SAB/DOM, DIAS FESTIVOS. | 30 | 70 | | | |
| 41 | SERVICIO | HONORARIOS DE ENFERMERIA EN TRASLADO DE PACIENTES TEZIUTLAN - PUEBLA | 1 | 1 | | | |
| 42 | SERVICIO | HONORARIOS DE MEDICO EN TRASLADO DE PACIENTES TEZIUTLAN - PUEBLA | 1 | 1 | | | |
| 43 | SERVICIO | INSTRUMENTISTA | 1 | 1 | | | |
| 44 | PROCEDIMIENTO | SUTURAS DE HERIDA | 1 | 1 | | | |
| 45 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA COMPLICADA | 1 | 1 | | | |
| 46 | PROCEDIMIENTO | APENDICECTOMIA SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 47 | PROCEDIMIENTO | CISTOSTOMIA | 1 | 1 | | | |
| 48 | PROCEDIMIENTO | COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL | 1 | 1 | | | |
| 49 | PROCEDIMIENTO | COLOCACION DE CATETER SUBCLAVIO | 1 | 1 | | | |
| 50 | PROCEDIMIENTO | COLOCACION DE SONDA PLEURAL | 1 | 1 | | | |
| 51 | PROCEDIMIENTO | COLOSTOMIA | 1 | 1 | | | |
| 52 | PROCEDIMIENTO | DRENAJE DE ABSCESO ANAL, ISQUIORECTAL | 1 | 1 | | | |
| 53 | PROCEDIMIENTO | EXTIRPACION QUISTES, DRENAJES, EXSICION TEJIDOS BLANDOS, BIOPSIAS. | 1 | 1 | | | |
| 54 | PROCEDIMIENTO | HEMORROIDECTOMIA, FISTULECTOMIA, FISURECTOMIA | 1 | 1 | | | |
| 55 | PROCEDIMIENTO | LAPAROTOMIA EXPLORADORA (INCLUYE 2 O MAS PROCEDIMIENTOS) | 1 | 1 | | | |
| 56 | PROCEDIMIENTO | PLASTIA INGUINAL CON COMPLICACION ENTERAL | 1 | 1 | | | |
| 57 | PROCEDIMIENTO | PLASTIA INGUINAL SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 58 | PROCEDIMIENTO | PLASTIA UMBILICAL | 1 | 1 | | | |
| 59 | PROCEDIMIENTO | VENODISECCION | 1 | 1 | | | |
| 60 | PROCEDIMIENTO | ATENCION PARTO | 1 | 1 | | | |
| 61 | PROCEDIMIENTO | CESAREA | 1 | 1 | | | |



| | | | | | | |
|----|---------------|--|----|-----|--|--|
| 62 | PROCEDIMIENTO | CESAREA / HISTERECTOMIA | 1 | 1 | | |
| 63 | PROCEDIMIENTO | EMBARAZO ECTOPICO | 1 | 1 | | |
| 64 | PROCEDIMIENTO | HISTERECTOMIA | 1 | 1 | | |
| 65 | PROCEDIMIENTO | LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL | 1 | 1 | | |
| 66 | PROCEDIMIENTO | RESECCION DE QUISTE DE OVARIO | 1 | 1 | | |
| 67 | PROCEDIMIENTO | SALPINGOCLASIA BILATERAL | 1 | 1 | | |
| 68 | SERVICIO | ATENCION NEONATAL (INCLUYE VISITA Y ALTA) | 1 | 1 | | |
| 69 | SERVICIO | ASEO QUIRURGICO | 1 | 1 | | |
| 70 | PROCEDIMIENTO | CIRUGIAS MENORES: (EXCISION DE BURSA, RESECCION DE NEUROMAS, QUISTE SINOVIAL, RETIRO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, AMPUTACION MENOR). | 1 | 1 | | |
| 71 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA DE ANTEBRAZO | 1 | 1 | | |
| 72 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA DE MUÑECA | 1 | 1 | | |
| 73 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA FX. DE ROTULA | 1 | 1 | | |
| 74 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA FX. MESETA TIBIAL | 1 | 1 | | |
| 75 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION ABIERTA TIBIO-PERONEA DIAFISIARIA, EPIFISIARIA O METAFIASIARIA. | 1 | 1 | | |
| 76 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA DE DIAFISIS FEMORAL, SUPRACONDILEA O INTERCONDILEA CON INMOVILIZACION | 1 | 1 | | |
| 77 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA FX. DE ANTEBRAZO | 1 | 1 | | |
| 78 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE CADERA | 1 | 1 | | |
| 79 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE CODO | 1 | 1 | | |
| 80 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE HOMBRO | 1 | 1 | | |
| 81 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION CERRADA LUXACION DE RODILLA | 1 | 1 | | |
| 82 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION DE CUALQUIER PARTE ANATOMICA DEL TOBILLO CON PROCEDIMIENTO ABIERTO. | 1 | 1 | | |
| 83 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION DE CUALQUIER PARTE ANATOMICA DEL TOBILLO CON PROCEDIMIENTO CERRADO. | 1 | 1 | | |
| 84 | PROCEDIMIENTO | REDUCCION MANUAL E INMOVILIZACION EXTERNA DE MUÑECA | 1 | 1 | | |
| 85 | SERVICIO | TENORRAFIAS | 1 | 1 | | |
| 86 | SERVICIO | ANESTESIA GENERAL | 1 | 1 | | |
| 87 | SERVICIO | BLOQUEO EPIDURAL | 1 | 1 | | |
| 88 | SERVICIO | SEDACION | 1 | 1 | | |
| 89 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO/ FISIOLÓGICA DE 100 ML | 40 | 100 | | |
| 90 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO / FISIOLÓGICA DE 1000ML | 40 | 100 | | |
| 91 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO/ FISIOLÓGICA DE 250 ML | 1 | 1 | | |
| 92 | MEDICAMENTO | SOLUCION CLORURO DE SODIO/ FISIOLÓGICA DE 500 ML | 40 | 90 | | |
| 93 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 10% /GLUCOSA 1000 ML | 1 | 1 | | |
| 94 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 10% /GLUCOSA 500 ML | 1 | 1 | | |
| 95 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 5% /GLUCOSA DE 250 ML | 1 | 1 | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|---|----|-----|--|--|--|
| 96 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 5% /GLUCOSA DE 500 ML | 1 | 1 | | | |
| 97 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA 50% DE 50 ML | 1 | 1 | | | |
| 98 | MEDICAMENTO | SOLUCION DEXTROSA AL 5% DE 1000 ML | 1 | 1 | | | |
| 99 | MEDICAMENTO | SOLUCION HARTMAN DE 250 ML | 1 | 1 | | | |
| 100 | MEDICAMENTO | SOLUCION HARTMAN DE 500 ML | 1 | 1 | | | |
| 101 | MEDICAMENTO | SOLUCION HARTMAN DE1000 ML | 40 | 100 | | | |
| 102 | MEDICAMENTO | SOLUCION MIXTA DE 1000 ML | 1 | 1 | | | |
| 103 | MEDICAMENTO | SOLUCION MIXTA DE 500 ML | 1 | 1 | | | |
| 104 | SERVICIO | ABDOMEN SUPERIOR | 1 | 1 | | | |
| 105 | SERVICIO | ABDOMEN Y PELVIS | 1 | 1 | | | |
| 106 | SERVICIO | CUELLO | 1 | 1 | | | |
| 107 | SERVICIO | ESCROTAL/TESTICULAR | 1 | 1 | | | |
| 108 | SERVICIO | HEPATICO Y ESPLENICO | 1 | 1 | | | |
| 109 | SERVICIO | HIGADO Y VIAS BILIARES | 1 | 1 | | | |
| 110 | SERVICIO | MAMARIO | 1 | 1 | | | |
| 111 | SERVICIO | MUSCULOESQUELETICO (ARTICULAR, TENDINOSO, MUSCULAR, ETC.) | 1 | 1 | | | |
| 112 | SERVICIO | OBSTETRICO | 1 | 1 | | | |
| 113 | SERVICIO | PELVICO | 1 | 1 | | | |
| 114 | SERVICIO | PELVICO ENDOVAGINAL | 1 | 1 | | | |
| 115 | SERVICIO | PROSTATICO SUPRAPUBICO | 1 | 1 | | | |
| 116 | SERVICIO | PROSTATICO SUPRAPUBICO/TRANSRECTAL | 1 | 1 | | | |
| 117 | SERVICIO | RENAL Y VESICAL | 1 | 1 | | | |
| 118 | SERVICIO | TRANSFONTANELAR | 1 | 1 | | | |
| 119 | SERVICIO | ANTEBRAZO AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 120 | SERVICIO | ART. TEMPORO MANDIBULAR(POR LADO) | 1 | 1 | | | |
| 121 | SERVICIO | AXIALES DE ROTULA (POR LADO) | 1 | 1 | | | |
| 122 | SERVICIO | BRAZO AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 123 | SERVICIO | CALDWELL | 1 | 1 | | | |
| 124 | SERVICIO | CODO AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 125 | SERVICIO | COL. CERVICAL AP | 1 | 1 | | | |
| 126 | SERVICIO | COL. CERVICAL LAT | 1 | 1 | | | |
| 127 | SERVICIO | COL. LUMBAR AP | 1 | 1 | | | |
| 128 | SERVICIO | COL. LUMBAR LAT | 1 | 1 | | | |
| 129 | SERVICIO | COL. TORACICA AP | 1 | 1 | | | |
| 130 | SERVICIO | COL. TORACICA LAT | 1 | 1 | | | |
| 131 | SERVICIO | CRANEO AP | 1 | 1 | | | |
| 132 | SERVICIO | CRANEO LAT | 1 | 1 | | | |
| 133 | SERVICIO | DEDOS (ORTEJOS) AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 134 | SERVICIO | HOMBRO AP | 1 | 1 | | | |
| 135 | SERVICIO | MANO AP/LAT | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|--|---|---|--|--|--|
| 136 | SERVICIO | MUÑECA AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 137 | SERVICIO | MUSLO AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 138 | SERVICIO | PELVIS AP | 1 | 1 | | | |
| 139 | SERVICIO | PELVIS LATERAL | 1 | 1 | | | |
| 140 | SERVICIO | PERFILOGRAMA | 1 | 1 | | | |
| 141 | SERVICIO | PIE DORSOPLANTAP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 142 | SERVICIO | PIERNA AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 143 | SERVICIO | RADIOMETRIA DE MIEMBROS PELVICOS | 1 | 1 | | | |
| 144 | SERVICIO | RODILLA AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 145 | SERVICIO | SENOS PARANASALES (3 PROYECCIONES) | 1 | 1 | | | |
| 146 | SERVICIO | SIMPLE DE ABDOMEN (UNA POSICIÓN) | 1 | 1 | | | |
| 147 | SERVICIO | STENVERS(POR LADO) | 1 | 1 | | | |
| 148 | SERVICIO | TOBILLO AP/LAT | 1 | 1 | | | |
| 149 | SERVICIO | TORAX AP | 1 | 1 | | | |
| 150 | SERVICIO | TORAX LATERAL | 1 | 1 | | | |
| 151 | SERVICIO | TORAX OSEO | 1 | 1 | | | |
| 152 | SERVICIO | TORAX PA | 1 | 1 | | | |
| 153 | SERVICIO | TOWNE | 1 | 1 | | | |
| 154 | SERVICIO | WATERS | 1 | 1 | | | |
| 155 | SERVICIO | ARTROGRAFIA DE RODILLA (POR LADO) | 1 | 1 | | | |
| 156 | SERVICIO | CISTOGRAMA MICCIONAL | 1 | 1 | | | |
| 157 | SERVICIO | COLANGOGRAFIA POR Sonda EN T | 1 | 1 | | | |
| 158 | SERVICIO | COLECISTOGRAFIA ORAL | 1 | 1 | | | |
| 159 | SERVICIO | COLON POR ENEMA | 1 | 1 | | | |
| 160 | SERVICIO | ESOFAGOGRAMA | 1 | 1 | | | |
| 161 | SERVICIO | FISTULOGRAFIA | 1 | 1 | | | |
| 162 | SERVICIO | FLEBOGRAFIA (POR LADO) | 1 | 1 | | | |
| 163 | SERVICIO | HISTEROSALPINGOGRAFIA | 1 | 1 | | | |
| 164 | SERVICIO | MIELOGRAFIA | 1 | 1 | | | |
| 165 | SERVICIO | SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL | 1 | 1 | | | |
| 166 | SERVICIO | TRANSITO INTESTINAL | 1 | 1 | | | |
| 167 | SERVICIO | UROGRAFÍA EXCRETORA | 1 | 1 | | | |
| 168 | SERVICIO | MASTOGRAFIA BILATERAL | 1 | 1 | | | |
| 169 | SERVICIO | DENSITOMETRÍA OSEA | 1 | 1 | | | |
| 170 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 171 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 172 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ABDOMEN Y PELVIS SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 173 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ABDOMEN Y PELVIS SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 174 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ANTEBRAZO SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 175 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ANTEBRAZO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|----|----|--|--|--|
| 176 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CADERA SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 177 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CADERA SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 178 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. CERVICAL SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 179 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. CERVICAL SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 180 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. DORSAL SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 181 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. DORSAL SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 182 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE COL. LUMBAR SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 183 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CRANEO SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 184 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CRANEO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 185 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CUELLO SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 186 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE CUELLO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 187 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE HOMBRO SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 188 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE HOMBRO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 189 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MEDIASTINO SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 190 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUÑECA Y MANO SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 191 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUÑECA Y MANO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 192 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUSLO SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 193 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE MUSLO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 194 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE NASOFARINGE Y FARINGE SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 195 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE NASOFARINGE Y FARINGE SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 196 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE OIDO AXIAL Y CORONAL SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 197 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE OIDO SIMPLE AXIAL (POR LADO) | 1 | 1 | | | |
| 198 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE OIDO SIMPLE CORONAL | 1 | 1 | | | |
| 199 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ORBITA SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 200 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE ORBITA SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 201 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE PIERNA SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 202 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE PIERNA SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 203 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE RODILLA SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 204 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE RODILLA SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 205 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE SENOS PARANASALES SIMPLE AXIAL | 1 | 1 | | | |
| 206 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE SILLA TURCA AXIAL Y CORONAL SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 207 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE SILLA TURCA AXIAL Y CORONAL SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 208 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TOBILLO SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 209 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TOBILLO SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 210 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TORAX SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 211 | SERVICIO | TOMOGRFÍA DE TORAX SIMPLE Y CONTRASTADA | 1 | 1 | | | |
| 212 | SERVICIO | TOMOGRFÍA SENOS PARANASALES CORONAL SIMPLE | 1 | 1 | | | |
| 213 | MATERIAL | ABATELENGUAS DE MADERA | 20 | 60 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|----|-----|--|--|--|
| 214 | MATERIAL | ACEITE MENEN PARA BEBE | 1 | 1 | | | |
| 215 | MATERIAL | ACETONA FRASCO SOLUCION | 1 | 1 | | | |
| 216 | MATERIAL | AGUA ESTERIL 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 217 | MATERIAL | AGUA ESTERIL 1000 ML | 1 | 1 | | | |
| 218 | MATERIAL | AGUA ESTERIL 500 ML | 1 | 1 | | | |
| 219 | MATERIAL | AGUA OXIGENADA 500 ml | 1 | 1 | | | |
| 220 | MATERIAL | AGUA TOHUI 16 REHUSABLE | 1 | 1 | | | |
| 221 | MATERIAL | AGUA TOHUI 18 REHUSABLE | 1 | 1 | | | |
| 222 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #27 X 3 1/2 CORTA | 1 | 1 | | | |
| 223 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 20 | 40 | 100 | | | |
| 224 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 21 | 1 | 1 | | | |
| 225 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 22 | 1 | 1 | | | |
| 226 | MATERIAL | AGUJA DESECHABLE # 27 | 1 | 1 | | | |
| 227 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #27 X 4 LARGA | 1 | 1 | | | |
| 228 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #23 x 1/2 | 1 | 1 | | | |
| 229 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #25 X 3 1/2 CORTA | 1 | 1 | | | |
| 230 | MATERIAL | AGUJA PARA RAQUEA WHITCARE #25 X 4 LARGA | 1 | 1 | | | |
| 231 | MATERIAL | ALCOHOL ETILICO POR LT | 1 | 1 | | | |
| 232 | MATERIAL | ALCOHOL ETILICO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 233 | MATERIAL | ALGODÓN PLIZADO PAQUETE DE 200 GRS. | 1 | 1 | | | |
| 234 | MATERIAL | ALGODÓN PLISADO 400 GR. | 1 | 1 | | | |
| 235 | MATERIAL | AMPROLENE/ GAS PARA ESTERILIZAR AMPULA PEQUEÑA | 1 | 1 | | | |
| 236 | MATERIAL | APLICADOR MADERA SIN ALGODÓN | 1 | 1 | | | |
| 237 | MATERIAL | APOSITO CHICO 20X8 | 1 | 1 | | | |
| 238 | MATERIAL | APOSITO GRANDE 20X13 | 1 | 1 | | | |
| 239 | MATERIAL | APOSITO TEGADERM 10 X12 CM | 1 | 1 | | | |
| 240 | MATERIAL | APOSITO ADHERIBLE / TEGADERM 10X25 cm | 1 | 1 | | | |
| 241 | MATERIAL | APOSITO ADHERIBLE /TEGADERM 6X7 | 1 | 1 | | | |
| 242 | MATERIAL | APOSITO TEGADERM 8 X 20 CM | 1 | 1 | | | |
| 243 | MATERIAL | ASEPTO JERINGA DESECHABLE DE 60 ML | 1 | 1 | | | |
| 244 | MATERIAL | BATA MEDICA DESECHABLE | 1 | 1 | | | |
| 245 | MATERIAL | BENZAL | 1 | 1 | | | |
| 246 | MATERIAL | BENZAL POR ML | 40 | 100 | | | |
| 247 | MATERIAL | BOLSA AGUA CALIENTE 1.5 LTS | 1 | 1 | | | |
| 248 | MATERIAL | BOLSA AMARILLA RPBI 110X1.20 | 1 | 1 | | | |
| 249 | MATERIAL | BOLSA AMARILLA RPBI 48X50 | 1 | 1 | | | |
| 250 | MATERIAL | BOLSA AMARILLA RPBI 55X60 | 1 | 1 | | | |
| 251 | MATERIAL | BOLSA DE TORUNDAS CHAPULTEPEC DE 500 GR | 1 | 1 | | | |
| 252 | MATERIAL | BOLSA PARA HIELO | 1 | 1 | | | |
| 253 | MATERIAL | BOLSA PARA ALIMENTACION | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | |
|-----|----------|--|---|---|--|--|
| | | PARAENTERAL 1000ML BOLSA PARA ALIMENTACION PARAENTERAL 500ML PARA BOMBA DE INFUSION | 1 | 1 | | |
| 254 | MATERIAL | BOLSA PARA ALIMENTACION PARAENTERAL/NUTRISET | 1 | 1 | | |
| 255 | MATERIAL | BOLSA PARA ALIMENTACION PARAENTERAL/NUTRITUB | 1 | 1 | | |
| 256 | MATERIAL | BOLSA PARA COLOSTOMIA ADULTO | 1 | 1 | | |
| 257 | MATERIAL | BOLSA PARA ENEMA | 1 | 1 | | |
| 258 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA DE ORINA NIÑA | 1 | 1 | | |
| 259 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA DE ORINA NIÑO | 1 | 1 | | |
| 260 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA DE ORINA UROTECK | 1 | 1 | | |
| 261 | MATERIAL | BOLSA RECOLECTORA ORINA ADULTO CYSTOFLO | 1 | 1 | | |
| 262 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 110X1.20 | 1 | 1 | | |
| 263 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 48X50 | 1 | 1 | | |
| 264 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 55X60 | 1 | 1 | | |
| 265 | MATERIAL | BOLSA ROJA RPBI 90X1.20 | 1 | 1 | | |
| 266 | MATERIAL | BOTA PARA CIRUJANO DESECHABLE (PAR) | 1 | 1 | | |
| 267 | MATERIAL | BRAZALETE DE IDENTIFICACION INFANTIL AZUL Y ROSA | 1 | 1 | | |
| 268 | MATERIAL | CABESTRILLO CHICO | 1 | 1 | | |
| 269 | MATERIAL | CABESTRILLO GRANDE | 1 | 1 | | |
| 270 | MATERIAL | CABESTRILLO MEDIANO | 1 | 1 | | |
| 271 | MATERIAL | CAMPO ESTERIL ADHERIBLE DE 90 X 45 CM / STERI DRAPE CON 10 PZAS | 1 | 1 | | |
| 272 | MATERIAL | CANULA DE GUEDEL #2 | 1 | 1 | | |
| 273 | MATERIAL | CANULA DE YANKAUER | 1 | 1 | | |
| 274 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 0 | 1 | 1 | | |
| 275 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 1 | 1 | 1 | | |
| 276 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 3 | 1 | 1 | | |
| 277 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 4 | 1 | 1 | | |
| 278 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 5 | 1 | 1 | | |
| 279 | MATERIAL | CANULA GUEDELL 6 | 1 | 1 | | |
| 280 | MATERIAL | CANULA RECTAL ADULTO | 1 | 1 | | |
| 281 | MATERIAL | CANULA RECTAL INFANTIL | 1 | 1 | | |
| 282 | MATERIAL | CASSSETTE PARA MAQUINA CICLADORA DE DIALISIS PERITONEAL | 1 | 1 | | |
| 283 | MATERIAL | CATETER EPIDURAL | 1 | 1 | | |
| 284 | MATERIAL | CATETER CENTRAL ARROW | 1 | 1 | | |
| 285 | MATERIAL | CATETER DOBLE J FR 6 24 CM | 1 | 1 | | |
| 286 | MATERIAL | CATETER INTRAVENOSO CENTRAL DE POLIURETANO RADIOPACO/ SUBCLAVICAT #18 | 1 | 1 | | |
| 287 | MATERIAL | CATETER MAHURKAN /DIALISIS | 1 | 1 | | |
| 288 | MATERIAL | CATETER PARA SUCCION DE FLEMAS K- 60 | 1 | 1 | | |
| 289 | MATERIAL | CATETER PARA SUCCION DE FLEMAS K- 61 | 1 | 1 | | |
| 290 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #14 (INTROCAN) | 1 | 1 | | |
| 291 | MATERIAL | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|----|-----|--|--|--|
| 292 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #16 (INTROCAN) | 1 | 1 | | | |
| 293 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #17 (INTROCAN) | 20 | 60 | | | |
| 294 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #17 (INTROCAN) | 1 | 1 | | | |
| 295 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #18 (INTROCAN) | 40 | 100 | | | |
| 296 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #20 (INTROCAN) | 30 | 70 | | | |
| 297 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #22 (INTROCAN) | 20 | 40 | | | |
| 298 | MATERIAL | CATETER PERIFERICO #24 (INTROCAN) | 10 | 20 | | | |
| 299 | MATERIAL | CATETER SUBCLAVIO #16 /SUBCLAVIAT | 1 | 1 | | | |
| 300 | MATERIAL | CATETER TENCKO COLA D/COCHINO ADTO. 62 | 1 | 1 | | | |
| 301 | MATERIAL | CATETER TORACICO #32 | 1 | 1 | | | |
| 302 | MATERIAL | CATETER TORAXICO #36 | 1 | 1 | | | |
| 303 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1 T/10 G37 CM | 1 | 1 | | | |
| 304 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1 T/5 R26 CM | 1 | 1 | | | |
| 305 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1/0 R-37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 306 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1/0 T/10 R37 CM | 1 | 1 | | | |
| 307 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 1/0 T/5 R 26 CM | 1 | 1 | | | |
| 308 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2 T/10 R37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 309 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2/0 T/10 R36 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 310 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2/0 T/5 R 26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 311 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 2-T5 | 1 | 1 | | | |
| 312 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 3/0 T/10 R 37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 313 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 3/0T/5 R26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 314 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 4/0 R-37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 315 | MATERIAL | CATGUT CROMICO 4/0 T/5 R 26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 316 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 2/0 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 317 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 2/0 R-26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 318 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 2/0 SIN AGUJA | 1 | 1 | | | |
| 319 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 3/0 R26 | 1 | 1 | | | |
| 320 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 3/0 SIN AGUJA | 1 | 1 | | | |
| 321 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 3-0 T/10 | 1 | 1 | | | |
| 322 | MATERIAL | CATGUT SIMPLE 4-0 T-5 | 1 | 1 | | | |
| 323 | MATERIAL | CEPILLO CITOLOGICO | 1 | 1 | | | |
| 324 | MATERIAL | CEPILLO PARA CIRUJANO | 1 | 1 | | | |
| 325 | MATERIAL | CEPILLO QUIRURGICO DESECHABLE CON JABON | 1 | 1 | | | |
| 326 | MATERIAL | CINTA TESTIGO PARA VAPOR | 1 | 1 | | | |
| 327 | MATERIAL | CINTA UMBILICAL | 1 | 1 | | | |
| 328 | MATERIAL | CIRCUITO DE RESPIRADOR ADUTLO (TUBO CORRUGADO) | 1 | 1 | | | |
| 329 | MATERIAL | COJIN KELLI | 1 | 1 | | | |
| 330 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO CHICO | 1 | 1 | | | |
| 331 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO CHICO | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|--|----|-----|--|--|--|
| 332 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO GRANDE | 1 | 1 | | | |
| 333 | MATERIAL | COLLARIN BLANDO MEDIANO | 1 | 1 | | | |
| 334 | MATERIAL | COLLARIN PHILADELFIA CHICO | 1 | 1 | | | |
| 335 | MATERIAL | COLLARIN PHILADELFIA GRANDE | 1 | 1 | | | |
| 336 | MATERIAL | COLLARIN PHILADELFIA MEDIANO | 1 | 1 | | | |
| 337 | MATERIAL | COMPRESA QUIRURGICA 45X45 CM POR PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 338 | MATERIAL | CONECTOR PARA OXIGENO 2 VIAS EN Y | 1 | 1 | | | |
| 339 | MATERIAL | CONECTOR PARA OXIGENO GRUESO | 1 | 1 | | | |
| 340 | MATERIAL | CONECTOR DE TITANIO | 1 | 1 | | | |
| 341 | MATERIAL | CONECTOR DELGADO | 1 | 1 | | | |
| 342 | MATERIAL | CONECTOR OXIGENO DELGADO | 1 | 1 | | | |
| 343 | MATERIAL | CUBRE BOCA DESECHABLE | 30 | 80 | | | |
| 344 | MATERIAL | DESINFECTANTE PARA QUIROFANOS GAFIDEX POR ML | 1 | 1 | | | |
| 345 | MATERIAL | DIALIZADOR DICEA 170 G | 1 | 1 | | | |
| 346 | MATERIAL | DIALIZADOR DICEA 210 G | 1 | 1 | | | |
| 347 | MATERIAL | DIPROSONE EN CREMA 30 GR | 1 | 1 | | | |
| 348 | MATERIAL | DISPARO DE ENGRAPADORA DE PIEL | 1 | 1 | | | |
| 349 | MATERIAL | DISPOSITIVO INTRAUTERINO | 1 | 1 | | | |
| 350 | MATERIAL | ELECTRODOS ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 351 | MATERIAL | ELECTRODOS INFANTIL | 1 | 1 | | | |
| 352 | MATERIAL | ENEMA DE FOSFATO | 1 | 1 | | | |
| 353 | MATERIAL | ENEMA MICROLAX AMPOLLETA CAJA CON | 1 | 1 | | | |
| 354 | MATERIAL | ENGRAPADORA DE PIEL CON 35 DISPAROS | 1 | 1 | | | |
| 355 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS ADULTO (FLEBOTEK) CON CLAVE PARA BOMBA | 40 | 100 | | | |
| 356 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS CON MEDIDOR DE VOLUMEN DE 100 ML (METRISET 100ML) | 20 | 40 | | | |
| 357 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS CON MEDIDOR DE VOLUMEN DE 150 ML (METRISET DE 150 ML) | 10 | 30 | | | |
| 358 | MATERIAL | EQUIPO DE BLOQUEO PARA ANESTESIA (PERIFIX) | 1 | 1 | | | |
| 359 | MATERIAL | EQUIPO DE BLOQUEO BASICO PARA ANESTESIA /DURAL | 1 | 1 | | | |
| 360 | MATERIAL | EQUIPO DE BLOQUEO EPIDURAL /CERTOFIX | 1 | 1 | | | |
| 361 | MATERIAL | EQUIPO DE DRENAJE /DRENOVAC 1/4 | 1 | 1 | | | |
| 362 | MATERIAL | EQUIPO DE DRENAJE /DRENOVAC 1/8 | 1 | 1 | | | |
| 363 | MATERIAL | EQUIPO DE IRRIGACION (IRRIGATEK) | 1 | 1 | | | |
| 364 | MATERIAL | EQUIPO DE TRANSFUSION PARA BOMBA DE INFUSION (SANGOFIX) | 1 | 1 | | | |
| 365 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS ADULTO (NORMOGOTERO) | 1 | 1 | | | |
| 366 | MATERIAL | EQUIPO DE VENOCLISIS INFANTIL (MICROGOTERO) | 1 | 1 | | | |
| 367 | MATERIAL | EQUIPO PARA DRENAJE PLEUROVAC SELLO DE AGUA | 1 | 1 | | | |
| 368 | MATERIAL | EQUIPO TRANSFUSION SANGUINEA | 1 | 1 | | | |
| 369 | MATERIAL | ESPEJO VAGINAL CHICO | 1 | 1 | | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|----|-----|--|--|--|
| 370 | MATERIAL | ESPEJO VAGINAL DESECHABLE MEDIANO | 1 | 1 | | | |
| 371 | MATERIAL | ESPONJA ESTERIL COMPRIMIDA / GELFOAM | 1 | 1 | | | |
| 372 | MATERIAL | EXTENSION PARA EQUIPO DE VENOCLISIS DE 50 CM /GIRATEK | 1 | 1 | | | |
| 373 | MATERIAL | FORMOL POR LITRO | 1 | 1 | | | |
| 374 | MATERIAL | FORMOL POR ML | 1 | 1 | | | |
| 375 | MATERIAL | FURACIN TARRO DE 85 GM | 1 | 1 | | | |
| 376 | MATERIAL | FURACIN TARRO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 377 | MATERIAL | GASA CHICA 7.5X5 SIMPLE POR PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 378 | MATERIAL | GASA CHICA 7.5X6 SIMPLE POR PAQUETE DE 3 PZAS | 1 | 1 | | | |
| 379 | MATERIAL | GASA GRANDE 10 X 10 SIMPLE PAQUETE DE 3 PZAS | 40 | 100 | | | |
| 380 | MATERIAL | GASA GRANDE 10 X 10 SIMPLE POR PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 381 | MATERIAL | GASA GRANDE 10X10 CON RAYTEX POR PIEZA | 10 | 30 | | | |
| 382 | MATERIAL | GEL PARA ELECTRO TUBO DE 250 GR. | 1 | 1 | | | |
| 383 | MATERIAL | GEL PARA ELECTRO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 384 | MATERIAL | GERMICIDA CONCENTRADO ANTICORROSIVO / KRIT POR LITRO | 1 | 1 | | | |
| 385 | MATERIAL | GERMICIDA CONCENTRADO ANTICORROSIVO / KRIT POR ML | 1 | 1 | | | |
| 386 | MATERIAL | GLICINA AL 1.5% BOLSA DE 3000 ML | 1 | 1 | | | |
| 387 | MATERIAL | GORRO CIRUJANO DESECHABLE | 10 | 20 | | | |
| 388 | MATERIAL | GRAPA DE LAPAROSCOPIA PAQUETE CON 6 GRAPAS (TITANIO) | 1 | 1 | | | |
| 389 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 6 | 1 | 1 | | | |
| 390 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 6 1/2 | 1 | 1 | | | |
| 391 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 7 | 1 | 1 | | | |
| 392 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 7 1/2 | 1 | 1 | | | |
| 393 | MATERIAL | GUANTE CIRUJANO # 8 | 1 | 1 | | | |
| 394 | MATERIAL | GUANTE DESECHABLE MEDIANO | 40 | 100 | | | |
| 395 | MATERIAL | HOJA BISTURI #20 | 1 | 1 | | | |
| 396 | MATERIAL | HOJA BISTURI #21 | 1 | 1 | | | |
| 397 | MATERIAL | HOJA BISTURI #23 | 1 | 1 | | | |
| 398 | MATERIAL | HOJA BISTURI #10 | 1 | 1 | | | |
| 399 | MATERIAL | HOJA BISTURI #11 | 1 | 1 | | | |
| 400 | MATERIAL | HOJA BISTURI #12 | 1 | 1 | | | |
| 401 | MATERIAL | HOJA BISTURI #15 | 1 | 1 | | | |
| 402 | MATERIAL | HOJA BISTURI #22 | 1 | 1 | | | |
| 403 | MATERIAL | ISODINE ESPUMA POR ML | 40 | 100 | | | |
| 404 | MATERIAL | ISODINE SOLUCION POR ML | 1 | 1 | | | |
| 405 | MATERIAL | JABON MENEN PARA BEBE | 1 | 1 | | | |
| 406 | MATERIAL | JABON QUIRURGICO POR ML | 40 | 100 | | | |
| 407 | MATERIAL | JERINGA ASCEPTO DE 120 ML | 1 | 1 | | | |
| 408 | MATERIAL | JERINGA ASCEPTO DE 30ML | 1 | 1 | | | |
| 409 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 1ML O DE INSULINA | 40 | 100 | | | |



| | | | | | | | |
|-----|----------|--|----|-----|--|--|--|
| 410 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 3ML | 40 | 100 | | | |
| 411 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 5ML | 40 | 100 | | | |
| 412 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 10 ML | 40 | 100 | | | |
| 413 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 20 ML | 40 | 100 | | | |
| 414 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE 60ML | 1 | 1 | | | |
| 415 | MATERIAL | JERINGA DESECHABLE DE 50 ML | 1 | 1 | | | |
| 416 | MATERIAL | LANCETA DESECHABLE | 40 | 100 | | | |
| 417 | MATERIAL | LAPIZ PARA ELECTROCAUTERIO | 1 | 1 | | | |
| 418 | MATERIAL | LINEAS DE DIALIZADOR #8 | 1 | 1 | | | |
| 419 | MATERIAL | LUBRICANTE/ JALEA LUBRICANTE DE 135 grs | 40 | 100 | | | |
| 420 | MATERIAL | LUBRICANTE/ JALEA LUBRICANTE POR ML | 1 | 1 | | | |
| 421 | MATERIAL | LUGOL POR LT | 1 | 1 | | | |
| 422 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 POR CM | 1 | 1 | | | |
| 423 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA | 1 | 1 | | | |
| 424 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA 1/2 | 1 | 1 | | | |
| 425 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA 1/4 | 1 | 1 | | | |
| 426 | MATERIAL | MALLA DE POLIPROPILENO ANUDADO 25*35 COMPLETA 1/8 | 1 | 1 | | | |
| 427 | MATERIAL | MASCARA PARA OXIGENO PEDIATRICA CON BOLSA RESERVORIO | 1 | 1 | | | |
| 428 | MATERIAL | MASCARILLA DE ANESTESIA INFANTIL | 1 | 1 | | | |
| 429 | MATERIAL | MASCARILLA DE ANESTESIA ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 430 | MATERIAL | MASCARILLA DE ANESTESIA PEDIATRICO | 1 | 1 | | | |
| 431 | MATERIAL | MASCARILLA PARA NEBULIZADOR ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 432 | MATERIAL | MASCARILLA PARA NEBULIZADOR PEDIATRICO | 1 | 1 | | | |
| 433 | MATERIAL | MASCARILLA PARA OXIGENO ADULTO CON BOLSA RESERVORIO | 1 | 1 | | | |
| 434 | MATERIAL | MASCARILLA PARA OXIGENO ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 435 | MATERIAL | MASCARILLA PARA OXIGENO PEDIATRICA | 1 | 1 | | | |
| 436 | MATERIAL | MICROPORE 1 PULGADA POR CM | 40 | 100 | | | |
| 437 | MATERIAL | MEDIAS DE MEDIANA COMPRESION | 1 | 1 | | | |
| 438 | MATERIAL | MICROPORE 1/2 PULGADA POR CM | 1 | 1 | | | |
| 439 | MATERIAL | MICROPORE 1 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 440 | MATERIAL | MICROPORE 2 PULGADAS POR CM | 1 | 1 | | | |
| 441 | MATERIAL | MICROPORE 1/2 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 442 | MATERIAL | MICROPORE 3 PULGADAS POR CM | 1 | 1 | | | |
| 443 | MATERIAL | MICROPORE 2 PULGADAS POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 444 | MATERIAL | MICROPORE 3 PULGADAS POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 445 | MATERIAL | MONOCRYL 2-0 | 1 | 1 | | | |
| 446 | MATERIAL | NYLON 1/0 CE 24 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 447 | MATERIAL | NYLON 2/0 CE 19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 448 | MATERIAL | NYLON 2/0 CE 24 SOBRE | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|--|----|-----|--|--|--|
| 449 | MATERIAL | NYLON 2/0 CE-19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 450 | MATERIAL | NYLON 3/0 CE 19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 451 | MATERIAL | NYLON 3/0 CE 24 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 452 | MATERIAL | NYLON 4/0 CE 19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 453 | MATERIAL | NYLON 4/0 CE 24 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 454 | MATERIAL | NYLON 5/0 CE 19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 455 | MATERIAL | NYLON 6/0 CE 19 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 456 | MATERIAL | PANTIMEDIA DE MEDIANA COMPRESION | 1 | 1 | | | |
| 457 | MATERIAL | PAÑAL ADULTO PIEZA | 40 | 100 | | | |
| 458 | MATERIAL | PAPEL ELECTRO ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 459 | MATERIAL | PARCHE PARA OJOS / NEXCARE | 1 | 1 | | | |
| 460 | MATERIAL | PERIFIX O MINISSET | 1 | 1 | | | |
| 461 | MATERIAL | PERILLA DE HULE #2 | 1 | 1 | | | |
| 462 | MATERIAL | PERILLA DE HULE #4 | 1 | 1 | | | |
| 463 | MATERIAL | PERILLA DE HULE #6 | 1 | 1 | | | |
| 464 | MATERIAL | PEZONERA DE CRISTAL | 1 | 1 | | | |
| 465 | MATERIAL | PEZONERA DE CRISTAL | 1 | 1 | | | |
| 466 | MATERIAL | PLACA PARA ELECTROCAUTERIO DESECHABLE PEDIATRICA | 1 | 1 | | | |
| 467 | MATERIAL | PLACA PARA ELECTROCAUTERIO DESECHABLE ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 468 | MATERIAL | PORTA OBJETOS/ LAMINILLAS DE 25X75 CAJA CON 50 PZAS | 1 | 1 | | | |
| 469 | MATERIAL | PRESERVATIVOS DESECHABLES (CONDONES OASIS) | 1 | 1 | | | |
| 470 | MATERIAL | PROLENE 1 CT I 36.4 MM AGUJA AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 471 | MATERIAL | PROLENE 1/0 CT-1 36.4MM AGUJA AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 472 | MATERIAL | PROLENE 1/0 SH 2.5 CM AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 473 | MATERIAL | PROLENE 2/0 CT-1 36.4MM AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 474 | MATERIAL | PROLENE 2/0 SH 26MM AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 475 | MATERIAL | PROLENE 3/0 SH 26MM AHUSADA | 1 | 1 | | | |
| 476 | MATERIAL | PROLENE DOBLE ARMADA AGUJA T/5 | 1 | 1 | | | |
| 477 | MATERIAL | PUNTAS NASALES ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 478 | MATERIAL | PUNTAS NASALES PEDIATRICA | 1 | 1 | | | |
| 479 | MATERIAL | PURITAN PEDIATRICO | 1 | 1 | | | |
| 480 | MATERIAL | RASTRILLOS DESECHABLE | 1 | 1 | | | |
| 481 | MATERIAL | ROLLO DE ALGODÓN DE 500 GR | 1 | 1 | | | |
| 482 | MATERIAL | ROLLO DE GASA 91 cms X91.44MT | 1 | 1 | | | |
| 483 | MATERIAL | SABANA DESECHABLE | 1 | 1 | | | |
| 484 | MATERIAL | SEDA 0 SIN AGUJA | 1 | 1 | | | |
| 485 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1 R-37 TRENZADA ATRAMAT | 1 | 1 | | | |
| 486 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1 SIN AGUJA HEBRAS | 1 | 1 | | | |
| 487 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1 T/10 R37 | 1 | 1 | | | |
| 488 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/10 R37 SOBRE | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|---|---|--|--|--|
| 489 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/10 R-37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 490 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/5 R-26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 491 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1/0 T/5R26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 492 | MATERIAL | SEDA NEGRA 1T/5 R-26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 493 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2 0 SIN AGUJA | 1 | 1 | | | |
| 494 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2 T/10 R37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 495 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2/0 T/10 R37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 496 | MATERIAL | SEDA NEGRA 2/0 T/5 R26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 497 | MATERIAL | SEDA NEGRA 3 0 SIN AGUJA | 1 | 1 | | | |
| 498 | MATERIAL | SEDA NEGRA 3/0 T/10 R37 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 499 | MATERIAL | SEDA NEGRA 3/0 T/5 R26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 500 | MATERIAL | SEDA NEGRA 4/0 T/5 R26 SOBRE | 1 | 1 | | | |
| 501 | MATERIAL | SEDA NEGRA 4/0 T/10 | 1 | 1 | | | |
| 502 | MATERIAL | SEVOFLUORANO LIQUIDO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 503 | MATERIAL | SHAMPOO JOHNSON'S PARA BEBE | 1 | 1 | | | |
| 504 | MATERIAL | SONDA DE SUCCION DE FLEMAS #14 | 1 | 1 | | | |
| 505 | MATERIAL | SONDA DE SUCCION DE FLEMAS #16 | 1 | 1 | | | |
| 506 | MATERIAL | SONDA DE SUCCION DE FLEMAS 18 FR | 1 | 1 | | | |
| 507 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #20 | 1 | 1 | | | |
| 508 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #10 | 1 | 1 | | | |
| 509 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #14 | 1 | 1 | | | |
| 510 | MATERIAL | SONDA EN T PARA VIAS BILIARES #16 | 1 | 1 | | | |
| 511 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL / NASOGASTRICA K10 | 1 | 1 | | | |
| 512 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL / NASOGASTRICA K-11 | 1 | 1 | | | |
| 513 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL/ NASOGASTRICA K 9 | 1 | 1 | | | |
| 514 | MATERIAL | SONDA ESTOMACAL/ NASOGASTRICA K-10 | 1 | 1 | | | |
| 515 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #18 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 516 | MATERIAL | SONDA FOLEY # 8 GLOBO 3 | 1 | 1 | | | |
| 517 | MATERIAL | SONDA FOLEY #10 GLOBO 3 | 1 | 1 | | | |
| 518 | MATERIAL | SONDA FOLEY #12 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 519 | MATERIAL | SONDA FOLEY #14 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 520 | MATERIAL | SONDA FOLEY #16 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 521 | MATERIAL | SONDA FOLEY 2 VIAS #24 GLOBO 30 LATEX | 1 | 1 | | | |
| 522 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS # 26 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 523 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #18 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 524 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #18 GLOBO 5 | 1 | 1 | | | |
| 525 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #20 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 526 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #22 CON GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 527 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #22 GOLBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 528 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #24 CON GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|--|----|-----|--|--|--|
| 529 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #24 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 530 | MATERIAL | SONDA FOLEY 3 VIAS #24 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 531 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #12 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 532 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #16 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 533 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #30 CON GLOBO 30 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 534 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 20 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 535 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 20 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 536 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 22 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 537 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON # 22 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 538 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #10 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 539 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #14 CON GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 540 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #18 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 541 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #18 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 542 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #20 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 543 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #24 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 544 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #24 GLOBO 5 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 545 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #30 GLOBO 30 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 546 | MATERIAL | SONDA FOLEY DE SILICON #8-3 DE 2 VIAS | 1 | 1 | | | |
| 547 | MATERIAL | SONDA FOLEY LATEX #12 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 548 | MATERIAL | SONDA FOLEY LATEX #14 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 549 | MATERIAL | SONDA FOLEY LATEX #16 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 550 | MATERIAL | SONDA FOLEY SILASTIC 2 VIAS #20 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 551 | MATERIAL | SONDA FOLEY SILASTIC 2 VIAS # 22 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 552 | MATERIAL | SONDA FOLEY SILASTIC 2 VIAS # 24 GLOBO 30 | 1 | 1 | | | |
| 553 | MATERIAL | SONDA NASOGASTRICA ESTOMACAL K-9 T/LEVIN | 1 | 1 | | | |
| 554 | MATERIAL | SONDA NELATON # 14 | 1 | 1 | | | |
| 555 | MATERIAL | SONDA NELATON # 16 | 1 | 1 | | | |
| 556 | MATERIAL | SONDA NELATON # 18 | 1 | 1 | | | |
| 557 | MATERIAL | SONDA NELATON #10 | 1 | 1 | | | |
| 558 | MATERIAL | SONDA NELATON #12 | 1 | 1 | | | |
| 559 | MATERIAL | SONDA PARA ALIMENTACION INFANTIL # K32 5FR | 1 | 1 | | | |
| 560 | MATERIAL | SONDA PARA ALIMENTACION INFANTIL #K31 8FR | 1 | 1 | | | |
| 561 | MATERIAL | SONDA RECTAL K-40 | 1 | 1 | | | |
| 562 | MATERIAL | SONDAS PARA ASPIRACION DE FLEMAS #18 | 1 | 1 | | | |
| 563 | MATERIAL | TALCO POR KILOGRAMO | 1 | 1 | | | |
| 564 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1 PULGADA POR CM | 40 | 100 | | | |
| 565 | MATERIAL | TAPON CON YODOPOVIDONA PARA DIALISIS PERITONEAL | 1 | 1 | | | |
| 566 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1/2 PULGADA POR CM | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|------|------|--|--|--|
| 567 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 568 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 2 PULGADA POR CM | 1 | 1 | | | |
| 569 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 1/2 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 570 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 3 PULGADA POR CM | 1 | 1 | | | |
| 571 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 2 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 572 | MATERIAL | TELA ADHESIVA 3 PULGADA POR ROLLO | 1 | 1 | | | |
| 573 | MATERIAL | TERMOMETRO ORAL | 1 | 1 | | | |
| 574 | MATERIAL | TINTURA BENJUI 10% POR ML | 1 | 1 | | | |
| 575 | MATERIAL | TIRALECHE DE CRISTAL | 1 | 1 | | | |
| 576 | MATERIAL | TIRAS PARA MEDICION DE GLUCOSA (DESTROXTIS) | 1 | 1 | | | |
| 577 | MATERIAL | TIRAS REACTIVA | 150 | 380 | | | |
| 578 | MATERIAL | TOALLA SANITARIA GINECOOBSTETRICA | 1 | 1 | | | |
| 579 | MATERIAL | TRANSPORE 1 PULGADA POR CM | 1 | 1 | | | |
| 580 | MATERIAL | TORUNDA DE ALGODÓN | 1080 | 2710 | | | |
| 581 | MATERIAL | TRANSPORE 2 PULG POR CM | 1 | 1 | | | |
| 582 | MATERIAL | TRANSPORE 1/2" | 1 | 1 | | | |
| 583 | MATERIAL | TRANSPORE 3" POR CM | 1 | 1 | | | |
| 584 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 1 PULGADA | 1 | 1 | | | |
| 585 | MATERIAL | TUBO CONECTOR PARA OXIGENO | 1 | 1 | | | |
| 586 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 1/2 PULGADA | 1 | 1 | | | |
| 587 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 1/4 PULGADA | 1 | 1 | | | |
| 588 | MATERIAL | TUBO DE DRENAJE PENROSE 3/4 PULGADA | 1 | 1 | | | |
| 589 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #8.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 590 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #2.0 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 591 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #2.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 592 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #3.0 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 593 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #3.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 594 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #4.0 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 595 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #4.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 596 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #5.0 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 597 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #5.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 598 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #6 | 1 | 1 | | | |
| 599 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #6.5 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 600 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL #8.0 SIN GLOBO | 1 | 1 | | | |
| 601 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #4.0 | 1 | 1 | | | |
| 602 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #4.5 | 1 | 1 | | | |
| 603 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #6.5 | 1 | 1 | | | |
| 604 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #7.0 | 1 | 1 | | | |
| 605 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #7.5 | 1 | 1 | | | |
| 606 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #8.0 | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|----|----|--|--|--|
| 607 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #8.0 | 1 | 1 | | | |
| 608 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #8.5 | 1 | 1 | | | |
| 609 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #9.0 | 1 | 1 | | | |
| 610 | MATERIAL | TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO #9.5 | 1 | 1 | | | |
| 611 | MATERIAL | TUBO LATEX PARA SUCCION POR METRO | 1 | 1 | | | |
| 612 | MATERIAL | UMBILIPINZAS DE DESECHABLE | 1 | 1 | | | |
| 613 | MATERIAL | VASELINA SOLIDA POR MILIGRAMO | 1 | 1 | | | |
| 614 | MATERIAL | VENDA DE YESO 5CM | 1 | 1 | | | |
| 615 | MATERIAL | VENDA DE MALLA PARA EXTREMIDADES / RETELAX POR CM | 1 | 1 | | | |
| 616 | MATERIAL | VENDA DE MAYA | 1 | 1 | | | |
| 617 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 5 CM | 1 | 1 | | | |
| 618 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 10 CM | 1 | 1 | | | |
| 619 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 15 CM | 1 | 1 | | | |
| 620 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 20 CM | 1 | 1 | | | |
| 621 | MATERIAL | VENDA ELASTICA DE 30 CM | 1 | 1 | | | |
| 622 | MATERIAL | VENDA FIBRA DE VIDRIO 10.0 * 3.65 | 1 | 1 | | | |
| 623 | MATERIAL | VENDA FIBRA DE VIDRIO 7.5 * 3.65 | 1 | 1 | | | |
| 624 | MATERIAL | VENDA HUATA 5 CM | 1 | 1 | | | |
| 625 | MATERIAL | VENDA HUATA 10 CM | 10 | 30 | | | |
| 626 | MATERIAL | VENDA HUATA 15 CM | 1 | 1 | | | |
| 627 | MATERIAL | VENDA HUATA 20 CM | 1 | 1 | | | |
| 628 | MATERIAL | VENDA HUATA 5X5 CM. | 1 | 1 | | | |
| 629 | MATERIAL | VENDA SMARCH 10 CM CON 2.70 MTS. | 1 | 1 | | | |
| 630 | MATERIAL | VENDA SOFFBAN 10CM | 1 | 1 | | | |
| 631 | MATERIAL | VENDA TENSOR 10 CM | 1 | 1 | | | |
| 632 | MATERIAL | VENDA TENSOR 15 CM | 1 | 1 | | | |
| 633 | MATERIAL | VENDA TENSOR 5 CM | 1 | 1 | | | |
| 634 | MATERIAL | VENDA YESO 10 CM | 10 | 20 | | | |
| 635 | MATERIAL | VENDA YESO 15 CM | 1 | 1 | | | |
| 636 | MATERIAL | VENDA YESO 15CM | 1 | 1 | | | |
| 637 | MATERIAL | VENDA YESO 20 CM | 1 | 1 | | | |
| 638 | MATERIAL | VENDA YESO 5 CM | 1 | 1 | | | |
| 639 | MATERIAL | VICRIL 2/0 R-37 / ACIDO POLIGLICOLICO | 1 | 1 | | | |
| 640 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT #1 T/10 R 37 | 1 | 1 | | | |
| 641 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT #1 T/5 R 26 | 1 | 1 | | | |
| 642 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 1/0 T/10 R 37 | 1 | 1 | | | |
| 643 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 1/0 T/5 R 26 | 1 | 1 | | | |
| 644 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 2/0 T/10 R 37 | 1 | 1 | | | |
| 645 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 2/0 T/5 R 26 | 1 | 1 | | | |
| 646 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 3/0 T/10 R 37 | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|--|---|---|--|--|--|
| 647 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 3/0 T/5 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 648 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT 4/0 T/5 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 649 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #1 T/5 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 650 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #1/0 T/5 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 651 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #2/0 T/10 R-37 | 1 | 1 | | | |
| 652 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #2/0 T/5 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 653 | MATERIAL | VICRYL ATRAMAT. #3/0 T/5 R-26 | 1 | 1 | | | |
| 654 | MATERIAL | VINAGRE BOTELLA DE 1LT | 1 | 1 | | | |
| 655 | MATERIAL | VIOLETA DE GENCIANA POR ML | 1 | 1 | | | |
| 656 | SERVICIO | GLUCOSA | 1 | 1 | | | |
| 657 | SERVICIO | GLUCOSA POST-PRANDIAL | 1 | 1 | | | |
| 658 | SERVICIO | UREA (NITRÓGENO UREICO)(BUN) | 1 | 1 | | | |
| 659 | SERVICIO | CREATININA | 1 | 1 | | | |
| 660 | SERVICIO | ÁCIDO ÚRICO | 1 | 1 | | | |
| 661 | SERVICIO | COLESTEROL TOTAL | 1 | 1 | | | |
| 662 | SERVICIO | COLESTEROL HDL (ALTA DENSIDAD) | 1 | 1 | | | |
| 663 | SERVICIO | COLESTEROL LDL (BAJA DENSIDAD) | 1 | 1 | | | |
| 664 | SERVICIO | COLESTEROL VLDL (MUY BAJA DENSIDAD) | 1 | 1 | | | |
| 665 | SERVICIO | TRIGLICÉRIDOS | 1 | 1 | | | |
| 666 | SERVICIO | LÍPIDOS TOTALES | 1 | 1 | | | |
| 667 | SERVICIO | PERFIL DE LÍPIDOS (COL. TOTAL, HDL, LDL, VLDL, TGC, LÍPIDOS TOTALES, INDICE ATEROGÉNICO) | 1 | 1 | | | |
| 668 | SERVICIO | ELECTROFORÉSIS DE LIPOPROTEÍNAS / ELECTROFORÉSIS DE PROTEÍNAS C/U | 1 | 1 | | | |
| 669 | SERVICIO | CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA | 1 | 1 | | | |
| 670 | SERVICIO | ALBÚMINA | 1 | 1 | | | |
| 671 | SERVICIO | PROTEÍNAS TOTALES (PT) | 1 | 1 | | | |
| 672 | SERVICIO | GLOBULINAS | 1 | 1 | | | |
| 673 | SERVICIO | BILIRRUBINAS (TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA) | 1 | 1 | | | |
| 674 | SERVICIO | ELECTROLITOS SÉRICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) | 1 | 1 | | | |
| 675 | SERVICIO | SODIO | 1 | 1 | | | |
| 676 | SERVICIO | POTASIO | 1 | 1 | | | |
| 677 | SERVICIO | CLORO | 1 | 1 | | | |
| 678 | SERVICIO | CALCIO | 1 | 1 | | | |
| 679 | SERVICIO | FÓSFORO | 1 | 1 | | | |
| 680 | SERVICIO | MAGNESIO | 1 | 1 | | | |
| 681 | SERVICIO | LITIO | 1 | 1 | | | |
| 682 | SERVICIO | HIERRO SÉRICO | 1 | 1 | | | |
| 683 | SERVICIO | AMILASA SÉRICA O EN ORINA C/U | 1 | 1 | | | |
| 684 | SERVICIO | LIPASA | 1 | 1 | | | |
| 685 | SERVICIO | CREATIN FOSFOKINASA (CPK) (CK) | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|---|---|--|--|--|
| 686 | SERVICIO | CK - FRACCIÓN MB (CK-MB) | 1 | 1 | | | |
| 687 | SERVICIO | TROPONINA SÉRICA | 1 | 1 | | | |
| 688 | SERVICIO | DESHIDROGENASA LÁCTICA (DHL) | 1 | 1 | | | |
| 689 | SERVICIO | FOSFATASA ALCALINA | 1 | 1 | | | |
| 690 | SERVICIO | FOSFATASA ÁCIDA TOTAL | 1 | 1 | | | |
| 691 | SERVICIO | F. ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA | 1 | 1 | | | |
| 692 | SERVICIO | GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA (GAMA GT) (GGT) | 1 | 1 | | | |
| 693 | SERVICIO | HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1 Y A1c) | 1 | 1 | | | |
| 694 | SERVICIO | TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA (TGO, AST). | 1 | 1 | | | |
| 695 | SERVICIO | TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRÚVICA (TGP, ALT). | 1 | 1 | | | |
| 696 | SERVICIO | QUÍMICA SANGUÍNEA PARCIAL (3) ELEMENTOS: (GLU, UREA, BUN, CREATININA) | 1 | 1 | | | |
| 697 | SERVICIO | QUÍMICA SANGUÍNEA COMPLETA (6) ELEMENTOS: (GLUCOSA, UREA, CREATININA, AC. ÚRICO, COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS) | 1 | 1 | | | |
| 698 | SERVICIO | BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA (F. ROJA, F. BLANCA Y PLAQUETAS) | 1 | 1 | | | |
| 699 | SERVICIO | FÓRMULA ROJA | 1 | 1 | | | |
| 700 | SERVICIO | FÓRMULA BLANCA | 1 | 1 | | | |
| 701 | SERVICIO | PLAQUETAS | 1 | 1 | | | |
| 702 | SERVICIO | RETICULOCITOS | 1 | 1 | | | |
| 703 | SERVICIO | TIEMPOS DE COAGULACIÓN (TP, TTP, INR) | 1 | 1 | | | |
| 704 | SERVICIO | TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) CON INR | 1 | 1 | | | |
| 705 | SERVICIO | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP) | 1 | 1 | | | |
| 706 | SERVICIO | TIEMPO DE TROMBINA (TT) | 1 | 1 | | | |
| 707 | SERVICIO | FIBRINÓGENO | 1 | 1 | | | |
| 708 | SERVICIO | TIEMPO DE SANGRADO | 1 | 1 | | | |
| 709 | SERVICIO | TIEMPO DE COAGULACIÓN | 1 | 1 | | | |
| 710 | SERVICIO | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR (VSG) | 1 | 1 | | | |
| 711 | SERVICIO | GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh | 1 | 1 | | | |
| 712 | SERVICIO | CÉLULAS LE | 1 | 1 | | | |
| 713 | SERVICIO | EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL (CADA MUESTRA) | 1 | 1 | | | |
| 714 | SERVICIO | GOTA GRUESA | 1 | 1 | | | |
| 715 | SERVICIO | GASOMETRÍA ARTERIAL | 1 | 1 | | | |
| 716 | SERVICIO | COOMBS DIRECTO | 1 | 1 | | | |
| 717 | SERVICIO | COOMBS INDIRECTO | 1 | 1 | | | |
| 718 | SERVICIO | V. D. R. L | 1 | 1 | | | |
| 719 | SERVICIO | ANTIESTREPTOLISINAS (AELO) | 1 | 1 | | | |
| 720 | SERVICIO | FACTOR REUMATOIDE | 1 | 1 | | | |
| 721 | SERVICIO | PROTEÍNA C REACTIVA | 1 | 1 | | | |
| 722 | SERVICIO | REACCIONES FEBRILES | 1 | 1 | | | |
| 723 | SERVICIO | PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE / ORINA (PIE) C/U | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------|---|---|---|--|--|--|
| 724 | SERVICIO | CUANTIFICACIÓN DE HCG EN SANGRE (FRACCIÓN BETA) | 1 | 1 | | | |
| 725 | SERVICIO | HIV (SIDA) 1 Y 2 | 1 | 1 | | | |
| 726 | SERVICIO | HEPATITIS B (ANTÍGENO DE SUPERFICIE) | 1 | 1 | | | |
| 727 | SERVICIO | HEPATITIS C | 1 | 1 | | | |
| 728 | SERVICIO | HEPATITIS A IgG, | 1 | 1 | | | |
| 729 | SERVICIO | HEPATITIS A IgM | 1 | 1 | | | |
| 730 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA A (IgA) | 1 | 1 | | | |
| 731 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA E (IgE) | 1 | 1 | | | |
| 732 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA G (IgG) | 1 | 1 | | | |
| 733 | SERVICIO | INMUNOGLOBULINA M (IgM) | 1 | 1 | | | |
| 734 | SERVICIO | CRISTALOGRAFÍA | 1 | 1 | | | |
| 735 | SERVICIO | DEPURACIÓN DE CREATININA; ALBUMINA; ÁCIDO ÚRICO (C/U) EN ORINA 24 HRS | 1 | 1 | | | |
| 736 | SERVICIO | CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS | 1 | 1 | | | |
| 737 | SERVICIO | EXÁMEN GENERAL DE ORINA (EGO) | 1 | 1 | | | |
| 738 | SERVICIO | MICROALBUMINURIA | 1 | 1 | | | |
| 739 | SERVICIO | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HRS. | 1 | 1 | | | |
| 740 | SERVICIO | ESPERMATOBIOSCOPIA DIRECTA | 1 | 1 | | | |
| 741 | SERVICIO | AMIBA EN FRESCO | 1 | 1 | | | |
| 742 | SERVICIO | COPROPARASITOSCÓPICO DE 1 MUESTRA | 1 | 1 | | | |
| 743 | SERVICIO | COPROPARASITOSCÓPICO DE 3 MUESTRAS | 1 | 1 | | | |
| 744 | SERVICIO | COPROLÓGICO | 1 | 1 | | | |
| 745 | SERVICIO | CITOLOGÍA DE MOCO FECAL | 1 | 1 | | | |
| 746 | SERVICIO | AZÚCARES REDUCTORES (DISACÁRIDOS) | 1 | 1 | | | |
| 747 | SERVICIO | SANGRE OCULTA EN HECES | 1 | 1 | | | |
| 748 | SERVICIO | ROTAVIRUS EN HECES | 1 | 1 | | | |
| 749 | SERVICIO | HELICOBACTER PYLORI EN HECES | 1 | 1 | | | |
| 750 | SERVICIO | CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS CON ANTIBIOGRAMA | 1 | 1 | | | |
| 751 | SERVICIO | CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS SIN ANTIBIOGRAMA | 1 | 1 | | | |
| 752 | SERVICIO | BÚSQUEDA DE CHLAMYDIA (VAGINAL, URETRAL) PRUEBA RÁPIDA | 1 | 1 | | | |
| 753 | SERVICIO | B. A. A. R. EN EXPECTORACION Y EN ORINA (BACILOSCOPIA) CADA MUESTRA | 1 | 1 | | | |
| 754 | SERVICIO | CULTIVO PARA MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS | 1 | 1 | | | |
| 755 | SERVICIO | HEMOCULTIVO | 1 | 1 | | | |
| 756 | SERVICIO | CULTIVO PARA HONGOS | 1 | 1 | | | |
| 757 | SERVICIO | TINCIÓN DE GRAM | 1 | 1 | | | |
| 758 | SERVICIO | PERFILTIROIDEO (TSH, T4 TOTAL, T4 LIBRE, T3) | 1 | 1 | | | |
| 759 | SERVICIO | PERFIL GINECOLÓGICO (LH, FSH, PROLACTINA, ESTRADIOL, PROGESTERONA) | 1 | 1 | | | |
| 760 | SERVICIO | PERFIL TORCH (IgG) | 1 | 1 | | | |
| 761 | SERVICIO | PERFIL TORCH (IgM) | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|----------|---|---|---|--|--|--|--|
| 762 | SERVICIO | PERFIL DE LÍPIDOS (COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL, TRIGLICÉRIDOS, LÍPIDOS TOTALES) | 1 | 1 | | | | |
| 763 | SERVICIO | PERFIL HEPÁTICO COMPLETO (PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO (PFH)) BILIRRUBINAS, TGO, TGP, FOSFATASA ALCALINA, GGT, PTOTEÍNAS TOTALES, ALBÚMINA, GLOBULINAS Y REL. A/G | 1 | 1 | | | | |
| 764 | SERVICIO | PERFIL HEPÁTICO BÁSICO (BILIRRUBINAS, TGO, TGP, FOSFATASA ALCALINA). | 1 | 1 | | | | |
| 765 | SERVICIO | PERFIL DE HEPATITIS VIRAL A, B, C, (MARCADORES DE HEPATITIS). | 1 | 1 | | | | |
| 766 | SERVICIO | PERFIL METABÓLICO NEONATAL (TAMIZ NEONATAL) | 1 | 1 | | | | |
| 767 | SERVICIO | PERFIL DE INMUNOGLOBULINAS (A, E, G, M) | 1 | 1 | | | | |
| 768 | SERVICIO | PERFIL CARDIACO BÁSICO (CPK, CK-MB, TGO, DHL) | 1 | 1 | | | | |
| 769 | SERVICIO | PERFIL CARDIACO COMPLETO (CPK, CK-MB, TGO, DHL, TROPONINA T) | 1 | 1 | | | | |
| 770 | SERVICIO | ANTIGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA (PSA) | 1 | 1 | | | | |
| 771 | SERVICIO | ANTIGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE | 1 | 1 | | | | |
| 772 | SERVICIO | ANTIGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA COMPLETO (PSA / PSA LIBRE) | 1 | 1 | | | | |
| 773 | SERVICIO | PERFIL REUMATOLÓGICO BÁSICO (PCR, AELO, F. REUMATOIDE, VSG, AC ÚRICO) | 1 | 1 | | | | |
| 774 | SERVICIO | PERFIL REUMATOLÓGICO COMPLETO (PCR, AELO, F. REUMATOIDE, VSG, AC. ÚRICO, CALCIO, FOSFORO, CELULAS L. E.). | 1 | 1 | | | | |
| 775 | SERVICIO | PERFIL DE UROPORFIRINAS | 1 | 1 | | | | |
| 776 | SERVICIO | ANTICOAGULANTE LÚPICO | 1 | 1 | | | | |
| 777 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-AMIBA | 1 | 1 | | | | |
| 778 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI - DNA (NATIVO, DE DOBLE CADENA) | 1 | 1 | | | | |
| 779 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI - NUCLEARES (ANA) | 1 | 1 | | | | |
| 780 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- CISTICERCOS | 1 | 1 | | | | |
| 781 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-CITOMEGALOVIRUS (IgG, / IgM (C/UNO) | 1 | 1 | | | | |
| 782 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-HERPES I IgG, / IgM (CADA UNO) | 1 | 1 | | | | |
| 783 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-HERPES II IgG, / IgM (CADA UNO) | 1 | 1 | | | | |
| 784 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLÍPIDOS IgG (CARDIOLÍPIDAS) | 1 | 1 | | | | |
| 785 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLÍPIDOS IgM (CARDIOLÍPIDAS) | 1 | 1 | | | | |
| 786 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI RUBEOLA IgG | 1 | 1 | | | | |
| 787 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI RUBEOLA IgM | 1 | 1 | | | | |
| 788 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-TOXOPLASMA IgM, IgG C/U | 1 | 1 | | | | |
| 789 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IgG | 1 | 1 | | | | |
| 790 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- HELICOBACTER PYLORI IgM | 1 | 1 | | | | |
| 791 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI-MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS | 1 | 1 | | | | |
| 792 | SERVICIO | ANTIGENO DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS (PRUEBA RÁPIDA) | 1 | 1 | | | | |
| 793 | SERVICIO | ANTICUERPOS ANTI- CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgG | 1 | 1 | | | | |
| 794 | SERVICIO | CARBAMACEPINA | 1 | 1 | | | | |
| 795 | SERVICIO | CA 19-9 | 1 | 1 | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|---|---|---|--|--|--|
| 796 | SERVICIO | CA 15-3 | 1 | 1 | | | |
| 797 | SERVICIO | CA 125 | 1 | 1 | | | |
| 798 | SERVICIO | ALFAFETOPROTEÍNA (AFP) | 1 | 1 | | | |
| 799 | SERVICIO | ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA) | 1 | 1 | | | |
| 800 | SERVICIO | ÁCIDO VALPROICO | 1 | 1 | | | |
| 801 | SERVICIO | DIFENILHIDANTOÍNA (FENITOÍNA) | 1 | 1 | | | |
| 802 | SERVICIO | DIGOXINA | 1 | 1 | | | |
| 803 | SERVICIO | AMONIO EN PLASMA HEPARINIZADO | 1 | 1 | | | |
| 804 | SERVICIO | COMPLEMENTO C3 | 1 | 1 | | | |
| 805 | SERVICIO | COMPLEMENTO C4 | 1 | 1 | | | |
| 806 | SERVICIO | ANFETAMINAS EN ORINA | 1 | 1 | | | |
| 807 | SERVICIO | COCAÍNA EN ORINA | 1 | 1 | | | |
| 808 | SERVICIO | PROTEÍNA DE BENCE- JONES (EN ORINA DE 24 HRS) | 1 | 1 | | | |
| 809 | SERVICIO | INSULINA BASAL | 1 | 1 | | | |
| 810 | SERVICIO | INSULINA POST- PRANDIAL (2 MUESTRAS) | 1 | 1 | | | |
| 811 | SERVICIO | CEPILLADO URETRAL (DETECCIÓN DE VPH POR CITOLOGÍA) | 1 | 1 | | | |
| 812 | SERVICIO | YODO PROTÉICO | 1 | 1 | | | |
| 813 | SERVICIO | TSH (HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES) | 1 | 1 | | | |
| 814 | SERVICIO | ESTRADIOL | 1 | 1 | | | |
| 815 | SERVICIO | ESTRÓGENOS TOTALES | 1 | 1 | | | |
| 816 | SERVICIO | HORMONA DE CRECIMIENTO (HC) | 1 | 1 | | | |
| 817 | SERVICIO | HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH) | 1 | 1 | | | |
| 818 | SERVICIO | HORMONA LUTEINIZANTE (LH) | 1 | 1 | | | |
| 819 | SERVICIO | PROGESTERONA | 1 | 1 | | | |
| 820 | SERVICIO | PROLACTINA | 1 | 1 | | | |
| 821 | SERVICIO | TESTOSTERONA TOTAL | 1 | 1 | | | |
| 822 | SERVICIO | CORTISOL | 1 | 1 | | | |
| 823 | SERVICIO | PAPANICOLAOU CERVICO-VAGINAL (CITOLOGÍA) | 1 | 1 | | | |
| 824 | SERVICIO | CITOQUÍMICO DE L. C. R., Ó CUALQUIER OTRO LÍQUIDO. | 1 | 1 | | | |
| 825 | SERVICIO | BOLSITA RECOLECTORA DE ORINA | 1 | 1 | | | |
| 826 | SERVICIO | TOMA DE MUESTRAS A DOMICILIO | 1 | 1 | | | |
| 827 | SERVICIO | URGENCIAS | 1 | 1 | | | |
| 828 | MEDICAMENTO | ACETILCISTEINA 400 MG. 2 ML. AMPULA / MUCOMYST. | 1 | 1 | | | |
| 829 | MEDICAMENTO | ACETILCISTEINA 400 MG. 2 ML. CAJA CON 5 AMPULAS / MUCOMYST. | 1 | 1 | | | |
| 830 | MEDICAMENTO | ACIDO ACETILSALICILICO 500 MG. C/40 TABS. / ASPIRINA. | 1 | 1 | | | |
| 831 | MEDICAMENTO | ALPRAZOLAM .50 MG /TAFIL TABLETA | 1 | 1 | | | |
| 832 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SOLUCION INYECTABLE AMPULAS DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 833 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SOLUCION INYECTABLE CAJA CON 10 AMPULAS DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 834 | MEDICAMENTO | AMBROXOL SUSPENSIÓN DE 300 MG FRASCO DE 250 ML | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|---|---|---|--|--|--|
| 835 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 100 MG INY. 1 AMP. 2 ML. | 1 | 1 | | | |
| 836 | MEDICAMENTO | AMIKACINA 500 MG. INY. 1 AMP. 2 ML. | 1 | 1 | | | |
| 837 | MEDICAMENTO | AMINOFILINA 250 MG 10 ML C/5 AMPL | 1 | 1 | | | |
| 838 | MEDICAMENTO | AMIODARONA AMPULA 150 ML/3ML | 1 | 1 | | | |
| 839 | MEDICAMENTO | AMLODIPINO TABLETA | 1 | 1 | | | |
| 840 | MEDICAMENTO | AMOXICICILINA Y CLAVUNATO DE POTASIO SUSPENCION PEDIATRICA 125 MG. 60 ML. | 1 | 1 | | | |
| 841 | MEDICAMENTO | AMOXICICILINA Y CLAVUNATO DE POTASIO SUSPENCION PEDIATRICA 500 MG. 5 ML. | 1 | 1 | | | |
| 842 | MEDICAMENTO | AMOXICICILINA Y CLAVUNATO DE POTASIO TABLETAS 875 MG. CON 12 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 843 | MEDICAMENTO | AMOXICILINA TABLETAS 500 MG 125 MG C/12 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 844 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1G AMPULA DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 845 | MEDICAMENTO | AMPICILINA 1G TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 846 | MEDICAMENTO | AMPICILINA DE 250 MG/2ML | 1 | 1 | | | |
| 847 | MEDICAMENTO | ANGLIX FRASCO CON 24 PERLAS | 1 | 1 | | | |
| 848 | MEDICAMENTO | ANGLIX POR PERLA/NIFEDIPINO | 1 | 1 | | | |
| 849 | MEDICAMENTO | APREZALINA TABLETA 10MG | 1 | 1 | | | |
| 850 | MEDICAMENTO | ATROPINA AMPULA DE 1 ML | 1 | 1 | | | |
| 851 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 1,000,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 852 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 400,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 853 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 5,000,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 854 | MEDICAMENTO | BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA CON 800,000 UNIDADES FRASCO DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 855 | MEDICAMENTO | BETAMETAZONA AMPOLLETA | 1 | 1 | | | |
| 856 | MEDICAMENTO | BICARBONATO DE SODIO 7.5% AMPULA DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 857 | MEDICAMENTO | BICARBONATO DE SODIO 7.5% FRASCO DE 50 ML AMP. | 1 | 1 | | | |
| 858 | MEDICAMENTO | BISOLVON 0.2% FCO | 1 | 1 | | | |
| 859 | MEDICAMENTO | BROMURO DE VECURONIO/ NODESCRON 4MG AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 860 | MEDICAMENTO | BUDESONIDA 125 GRS | 1 | 1 | | | |
| 861 | MEDICAMENTO | BUFIGEN /NALBUFINA DE 10 MG AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 862 | MEDICAMENTO | BUFIGEN /NALBUFINA DE 10 MG CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 863 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA 50MG AMPULA DE 10 ML. | 1 | 1 | | | |
| 864 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA 150MG/30ML | 1 | 1 | | | |
| 865 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA C/EPINEFRINA POR ML | 1 | 1 | | | |
| 866 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA C/EPINEFRINA FRASCO DE 30 ML | 1 | 1 | | | |
| 867 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA FRASCO 30 ML | 1 | 1 | | | |
| 868 | MEDICAMENTO | BUPIVACAINA PESADA AMPULA 3ML | 1 | 1 | | | |
| 869 | MEDICAMENTO | BUPRENORFINA/CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA 30 MG/1ML AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 870 | MEDICAMENTO | BUSCAPINA COMPUESTA AMPOLLETA DE 20MG/2.5G/2ML | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|---|-----|-----|--|--|--|
| 871 | MEDICAMENTO | BUSCAPINA COMPUESTA TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 872 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA SIMPLE 20 MG 1 ML. AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 873 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA SIMPLE 20 MG 1 ML. CAJA CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 874 | MEDICAMENTO | BUTILHIOSCINA TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 875 | MEDICAMENTO | CAFEINA Y ERFGOTAMINA 100MG/1ML CAJA CON 20 GRAJEAS | 1 | 1 | | | |
| 876 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 25 MG TABLETAS CAJA CON 30 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 877 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 25MG TABLETA | 1 | 1 | | | |
| 878 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 50 MG TABLETA | 1 | 1 | | | |
| 879 | MEDICAMENTO | CAPTOPRIL 50 MG TABLETAS CAJA CON 30 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 880 | MEDICAMENTO | CARBON NATURAL DE 250 MG CAJA CON 100 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 881 | MEDICAMENTO | CEFALEXINA CAPSULAS 500 MG CAJA CON 12 CAPSULAS | 1 | 1 | | | |
| 882 | MEDICAMENTO | CEFALEXINA SUSPENSION 125 MG 90ML. | 1 | 1 | | | |
| 883 | MEDICAMENTO | CEFALOTINA SÓDICA 1G AMPULA DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 884 | MEDICAMENTO | CEFOTAXIMA DE 1G AMPOLLETA | 1 | 1 | | | |
| 885 | MEDICAMENTO | CEFTAZIDIMA DE 1G SOLUCION INYECTABLE | 1 | 1 | | | |
| 886 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA 1G IV FRASCO | 9 | 23 | | | |
| 887 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA SOLUCION INYECTABLE DE 1 GR AMPULA DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 888 | MEDICAMENTO | CEFTRIAXONA SOLUCION INYECTABLE 500 MG AMPULA DE 2ML | 1 | 1 | | | |
| 889 | MEDICAMENTO | CEFUROXIMA 750 MG AMPOLLETA DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 890 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO 200MG 100ML | 150 | 370 | | | |
| 891 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO 400 MG FRASCO DE 200 ML | 1 | 1 | | | |
| 892 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO 500 MG TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 893 | MEDICAMENTO | CIPROFLOXACINO TABLETAS DE 250MG CON 8 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 894 | MEDICAMENTO | CISAPRIDA 1MG/ML 60 ML SUSPENSION | 1 | 1 | | | |
| 895 | MEDICAMENTO | CLARITROMICINA 125MG/5ML SUSPENSION FRASCO 125ML | 1 | 1 | | | |
| 896 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA DE 300MG/2ML | 10 | 20 | | | |
| 897 | MEDICAMENTO | CLINDAMICINA DE 600 MG | 20 | 50 | | | |
| 898 | MEDICAMENTO | CLIOQUINAL CREMA | 1 | 1 | | | |
| 899 | MEDICAMENTO | CLONIXINA DE LISINA/FIRAC AMPULA | 10 | 30 | | | |
| 900 | MEDICAMENTO | CLONIXINA DE LISINA/FIRAC CAJA CON 5 AMPULAS DE 100 MG/2ML | 1 | 1 | | | |
| 901 | MEDICAMENTO | CLONIXINATO DE LISINA/ PARGEVERINA 100 MG/7.5MG CAJA CON 6 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 902 | MEDICAMENTO | CLOPIDROGEL TABS | 1 | 1 | | | |
| 903 | MEDICAMENTO | CLORANFENICOL SOLUCION OFTALMICA GOTERO DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 904 | MEDICAMENTO | CLORFENAMIONA TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 905 | MEDICAMENTO | CLORHIDRATO DE METFORMINA 850 MG TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 906 | MEDICAMENTO | CLOROTRIMETRON 10 MG /1 ML AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 907 | MEDICAMENTO | CLOROTRIMETRON 10 MG /1 ML CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 908 | MEDICAMENTO | CLORURO DE POTASIO/ KELEFUSIN AMPOLLETA DE 5 ML | 1 | 3 | | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | |
|-----|-------------|--|----|----|--|--|--|
| 909 | MEDICAMENTO | CLORURO DE SUXAMETONIO AMPULA 2 ML /UXICOLIN | 1 | 1 | | | |
| 910 | MEDICAMENTO | DEXAMETAZONA SOLUCION AMPULA 8MG 2 ML | 6 | 14 | | | |
| 911 | MEDICAMENTO | DEXAMETAZONA Y NEOMICINA GOTAS FRASCO DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 912 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM / VALIUM 5MG SOLUCION INYECTABLE | 1 | 3 | | | |
| 913 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA 500 MG AMPULA DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 914 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA CAPSULAS 500MG CAJA CON 12 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 915 | MEDICAMENTO | DICLOXACILINA CAPSULAS 500MG TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 916 | MEDICAMENTO | DIFENIDOL 40MG/2ML /VONTROL AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 917 | MEDICAMENTO | DIGOXINA DE 5 MG AMPULA DE 2ML | 1 | 1 | | | |
| 918 | MEDICAMENTO | DINITRATO DE ISOSORBIDA 10MG CAJA CON 40 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 919 | MEDICAMENTO | DINITRATO DE ISOSORBIDA 5MG CAJA CON 40 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 920 | MEDICAMENTO | DOBUTAMINA DE AMPULA DE 5ML/DOBUJECT | 1 | 1 | | | |
| 921 | MEDICAMENTO | DOBUTAMINA DE 250MG /20ML | 1 | 1 | | | |
| 922 | MEDICAMENTO | DOPAMINA AMPOLLETA DE 5 ML DE 200MG/5ML | 1 | 1 | | | |
| 923 | MEDICAMENTO | DOPAMINA SOLUCION INYECTABLE 40MG/ML CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 924 | MEDICAMENTO | EFEDRINA | 1 | 1 | | | |
| 925 | MEDICAMENTO | ELECTROLITOS ORALES | 1 | 1 | | | |
| 926 | MEDICAMENTO | ELEQUINE/LEVOFLOXACINO DE 500 MG SOLUCION INYECTABLE | 1 | 1 | | | |
| 927 | MEDICAMENTO | ENFRAN LIQUIDO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 928 | MEDICAMENTO | ENOXAPARINA 20 CAJA CON 2 AMPOLLETAS | 1 | 1 | | | |
| 929 | MEDICAMENTO | ENOXAPARINA 60 MG AMPOLLETA | 20 | 50 | | | |
| 930 | MEDICAMENTO | EPINEFRINA DE 1G AMPULA DE 1ML | 1 | 1 | | | |
| 931 | MEDICAMENTO | ERGOMETRINA / ERGOTRATE, ERGOTRATE .2 MG /1ML AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 932 | MEDICAMENTO | ERGOMETRINA / ERGOTRATE, ERGOTRATE .2 MG /1ML CAJA CON 6 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 933 | MEDICAMENTO | ERITROPOYETINA HUMANA REMCOMBINANTE 2000UI/ML /EXETIN-A AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 934 | MEDICAMENTO | FENITOINA SODICA SOLUCION INYECTABLE DE 250 MG AMPULA DE 5ML | 1 | 1 | | | |
| 935 | MEDICAMENTO | FENITOINA DF H O DIFENIL HIDANTOINA . SOLUCION INYECTABLE DE 250 MG CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 936 | MEDICAMENTO | FENOBARBITAL 100 MG FRASCO CON 40 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 937 | MEDICAMENTO | FENOTEROL AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 938 | MEDICAMENTO | FENOTEROL AMPULA CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 939 | MEDICAMENTO | FENOTEROL TABLETAS 5MG CAJA CON 20 TABLETAS/PARTUSISTEN | 1 | 1 | | | |
| 940 | MEDICAMENTO | FENOTEROL TABLETAS DE 5MG PZA | 1 | 1 | | | |
| 941 | MEDICAMENTO | FENTANEST /FENODID/ FENTANIL/ 250 MG 5ML AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 942 | MEDICAMENTO | FINLAC SOLUCION INYECTABLE DE 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 943 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 10MG DE 2ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 944 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 2ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA | 1 | 1 | | | |



| | | | | | | | |
|-----|-------------|--|-----|-----|--|--|--|
| 945 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA 2ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 946 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA DE 10MG DE 1 ML / VITAMINA K / KONAKION AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 947 | MEDICAMENTO | FITOMENADIONA DE 10MG DE 1 ML / VITAMINA K / KONAKION CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 948 | MEDICAMENTO | FLOROGLUCINOL/TRIMETILFLOROGLUCINOL / PANCLASA 40MG/4MG CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 949 | MEDICAMENTO | FOSFATO DE CLINDAMICINA 300 MG AMPULA DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 950 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA 20 MG AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 951 | MEDICAMENTO | FUROSEMIDA 20 MG AMPULA DE 2 ML CON AMPULA DE 5 AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 952 | MEDICAMENTO | GELATINA / GELAFUNDIN SOLUCION DE 500 ML. | 1 | 1 | | | |
| 953 | MEDICAMENTO | GLUCONATO DE CALCIO 10% AMPULA DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 954 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 1000 ML PRECIO POR UNIDAD | 1 | 1 | | | |
| 955 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 5000 ML PRECIO POR UNIDAD | 1 | 1 | | | |
| 956 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 1000 UNIDADES FRASCO DE 5ML | 1 | 1 | | | |
| 957 | MEDICAMENTO | HEPARINA SODICA (INHEPAR) 5000 UNIDADES FRASCO DE 5ML | 1 | 1 | | | |
| 958 | MEDICAMENTO | HIDRALAZINA 10 MG CAJA CON 100 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 959 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA SOLUCION INYECTABLE 100 MG AMPULA DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 960 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA SOLUCION INYECTABLE 500 MG AMPULA DE 5 MIL | 1 | 1 | | | |
| 961 | MEDICAMENTO | HIDROCORTISONA/CLORAMFENICOL BENZOCAINA GOTAS 10ML | 1 | 1 | | | |
| 962 | MEDICAMENTO | HIERRO DEXTRANO CAJA CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 963 | MEDICAMENTO | HIERRO POLIMATOSADO/ACIDO FOLICO CAJA CON 30 GRAJEAS | 1 | 1 | | | |
| 964 | MEDICAMENTO | HORSIPRENALINA AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 965 | MEDICAMENTO | HORSIPRENALINA CAJA CON 5 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 966 | MEDICAMENTO | HYPNOMIDATE (ETOMIDATO) 20 MG AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 967 | MEDICAMENTO | IBUPROFENO SUSPENSION | 1 | 1 | | | |
| 968 | MEDICAMENTO | IBUPROFENO TABLETAS DE 400 MG | 1 | 1 | | | |
| 969 | MEDICAMENTO | IBUPROFENO TABLETAS DE 800 MG | 1 | 1 | | | |
| 970 | MEDICAMENTO | INDOMETACINA SUPOSITORIOS CAJA CON 15 COMPRIMIDOS | 1 | 1 | | | |
| 971 | MEDICAMENTO | INDOMETACINA SUPOSITORIOS PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 972 | MEDICAMENTO | INSULINA HUMANA R AMPULA DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 973 | MEDICAMENTO | INSULINA HUMANA N AMPULA DE 10 ML | 1 | 1 | | | |
| 974 | MEDICAMENTO | INSULINA HUMANA N Y R PRECIO POR UNIDAD | 200 | 500 | | | |
| 975 | MEDICAMENTO | IRATROPIO/SALBUTAMOL/COMBIVENT AMPULA DE 2.5ML | 30 | 70 | | | |
| 976 | MEDICAMENTO | IRATROPIO/SALBUTAMOL/COMBIVENT CAJA CON 10 AMPULAS DE 2.5ML | 1 | 1 | | | |
| 977 | MEDICAMENTO | KETAMINA FRASCO AMPULA 500MG/10ML | 1 | 1 | | | |
| 978 | MEDICAMENTO | KETAMINA FRASCO AMPULA CAJA CON 6 AMP/2ML | 1 | 1 | | | |
| 979 | MEDICAMENTO | KETOPROFENO (AMPULA) | 20 | 40 | | | |
| 980 | MEDICAMENTO | KETOPROFENO CAJA CON 6 AMPULAS DE 2ML | 1 | 1 | | | |



Secretaría
de Administración
Gobierno de Puebla

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE CONTRATACIONES DE BIENES, SERVICIOS Y OBRA
DIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS
PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
GESAL-004-042/2020 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS ZONAS
FORÁNEAS PARA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA

| | | | | | | | |
|------|-------------|---|-----|-----|--|--|--|
| 981 | MEDICAMENTO | KETOROLACO 30 MG CAJA CON 3 AMPULAS DE 1 ML | 1 | 1 | | | |
| 982 | MEDICAMENTO | KETOROLACO 30 MG TABLETA SUBLINGUAL CAJA CON 4 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 983 | MEDICAMENTO | KETOROLACO AMPULA DE 1 ML | 180 | 440 | | | |
| 984 | MEDICAMENTO | KETOROLACO TABLETAS DE 10 MG | 1 | 1 | | | |
| 985 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 1% FRASCO DE 50 ML | 1 | 1 | | | |
| 986 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 1% POR ML | 1 | 1 | | | |
| 987 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% CON EPINEFRINA FRASCO DE 50 ML. | 1 | 1 | | | |
| 988 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% CON EPINEFRINA POR ML. | 1 | 1 | | | |
| 989 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% FRASCO DE 50 ML | 1 | 1 | | | |
| 990 | MEDICAMENTO | LIDOCAINA 2% POR ML | 1 | 1 | | | |
| 991 | MEDICAMENTO | MELOXICAM / MOBICOX 15 MG/1.5ML CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 992 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 1G/2ML CAJA CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | |
| 993 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 2.5 G DE AMPULA DE 5 ML | 30 | 80 | | | |
| 994 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO EN TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 995 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO EN TABLETAS CAJA CON 10 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 996 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 2G/4ML AMPULA / PRODOLINA | 1 | 1 | | | |
| 997 | MEDICAMENTO | METAMIZOL SODICO 2G/4ML CAJA CON 5 AMPULAS /PRODOLINA | 1 | 1 | | | |
| 998 | MEDICAMENTO | METFORMINA 850MG /FICONAX CAJA CON 30 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 999 | MEDICAMENTO | METFORMINA GLIBENCLAMIDA/ NORFABEN 2.5MG CAJA CON 30 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 1000 | MEDICAMENTO | METILDOPA 250MG TABLETA | 1 | 1 | | | |
| 1001 | MEDICAMENTO | METILDOPA 250MG TABLETAS CAJA CON 50 TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 1002 | MEDICAMENTO | METILPREDNISOLONA / SOLUMEDROL 500MG/4ML 1 FRASCO AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 1003 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA DE 10 MG AMPULA DE 2 ML | 80 | 190 | | | |
| 1004 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA DE 10 MG AMPULA DE 2 ML CAJA CON 6 AMP. | 1 | 1 | | | |
| 1005 | MEDICAMENTO | METOCLOPRAMIDA TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 1006 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL 500 MG SOLUCION INYECTABLE DE 100 ML | 1 | 1 | | | |
| 1007 | MEDICAMENTO | METRONIDAZOL FRASCO DE 100 ML | 1 | 1 | | | |
| 1008 | MEDICAMENTO | MICONAZOL CREMA | 1 | 1 | | | |
| 1009 | MEDICAMENTO | MIDAZOLAM / DORMICUM AMPULA DE 5 MG DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 1010 | MEDICAMENTO | MIDAZOLAM / DORMICUM CAJA CON 5 AMPULAS DE 5 MG DE 5 ML | 1 | 1 | | | |
| 1011 | MEDICAMENTO | MISOPROSTOL 200MG TABLETAS / CYTOTEC | 1 | 1 | | | |
| 1012 | MEDICAMENTO | MVI /MULTIVITAMINICO /DEXTREVIT SOLUCION ADULTO | 1 | 1 | | | |
| 1013 | MEDICAMENTO | MVI /MULTIVITAMINICO /DEXTREVIT SOLUCION PEDIATRICO | 1 | 1 | | | |
| 1014 | MEDICAMENTO | NALBUFINA/ BUFIGEN 10MG CAJA CON 5 AMPULAS DE 1ML | 1 | 1 | | | |
| 1015 | MEDICAMENTO | NALBUFINA/ BUFIGEN AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 1016 | MEDICAMENTO | NALOXONA AMPULA/NORCAREX 2MG/2ML | 1 | 1 | | | |
| 1017 | MEDICAMENTO | NAPROXENO TABLETAS | 1 | 1 | | | |



| | | | | | | | |
|------|-------------|---|-----|-----|--|--|--|
| 1018 | MEDICAMENTO | NEOSTIGMINA .5MG/ 1ML AMPULA /PROSTIGMINE | 1 | 1 | | | |
| 1019 | MEDICAMENTO | NEOSTIGMINA .5MG/ 1ML CAJA CON 6 AMPULAS /PROSTIGMINE | 1 | 1 | | | |
| 1020 | MEDICAMENTO | NIFEDIGEL 10 MG CAPSULAS CON 20 | 1 | 1 | | | |
| 1021 | MEDICAMENTO | NIMESULIDA 100 MG CAJA DE TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 1022 | MEDICAMENTO | NIMESULIDA SUSPENSIÓN 1G DE 60ML | 1 | 1 | | | |
| 1023 | MEDICAMENTO | NITRADICS PARCHES DE 10 MG PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 1024 | MEDICAMENTO | NITRADICS PARCHES DE 5 MG CON 7 PIEZAS | 1 | 1 | | | |
| 1025 | MEDICAMENTO | NITRADICS PARCHES DE 5 MG PIEZA | 1 | 1 | | | |
| 1026 | MEDICAMENTO | NITROFURACIN POMADA 450 GRS | 1 | 1 | | | |
| 1027 | MEDICAMENTO | NOREPINEFRINA 4MG AMPULA DE 4 ML | 1 | 1 | | | |
| 1028 | MEDICAMENTO | OMEPRAZOL (PENTREN, TARZOL) FRASCO 40 MG | 100 | 240 | | | |
| 1029 | MEDICAMENTO | ONDASENTRON 2MG/4ML CON 1 AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 1030 | MEDICAMENTO | ONDASENTRON DE 2MG/2ML CON 1 AMPULA | 1 | 1 | | | |
| 1031 | MEDICAMENTO | OXITOCINA AMPULA DE 2 ML | 1 | 1 | | | |
| 1032 | MEDICAMENTO | DIAZEPAM / VALIUM 5MG SOLUCION INYECTABLE | 1 | 1 | | | |
| 1033 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL SUPOSITORIOS 100MG | 1 | 1 | | | |
| 1034 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL SUPOSITORIOS 300MG | 1 | 1 | | | |
| 1035 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL TABLETAS CAJA CON 10 | 1 | 1 | | | |
| 1036 | MEDICAMENTO | PARACETAMOL GOTAS PEDIATRICAS | 1 | 1 | | | |
| 1037 | MEDICAMENTO | PASTA LASSAR CREMA | 1 | 1 | | | |
| 1038 | MEDICAMENTO | PENTOXIFILINA SOLUCION INYECTABLE AMPULA (TRENTAL) | 1 | 1 | | | |
| 1039 | MEDICAMENTO | PENTOXIFILINA SOLUCION INYECTABLE CAJA CON 4 AMPULAS (TRENTAL) | 1 | 1 | | | |
| 1040 | MEDICAMENTO | PROSTIGMINE AMPULA DE 5MG | 1 | 1 | | | |
| 1041 | MEDICAMENTO | PROSTIGMINE CAJA CON 6 AMPULAS DE 5MG | 1 | 1 | | | |
| 1042 | MEDICAMENTO | RANITIDINA DE 50 MG AMPULA 2ML | 7 | 17 | | | |
| 1043 | MEDICAMENTO | RECOFOL PROPOFOL 10 MG AMPULA 20 ML | 1 | 1 | | | |
| 1044 | MEDICAMENTO | RIOPAN GEL | 1 | 1 | | | |
| 1045 | MEDICAMENTO | SALBUTAMOL SOLUCION | 1 | 1 | | | |
| 1046 | MEDICAMENTO | SENOSIDOS A Y B Y CONCENTRADO DE CIRUELA /LAXACAPS CAJA CON 30 PERLAS | 1 | 1 | | | |
| 1047 | MEDICAMENTO | SENOSIDOS A Y B Y CONCENTRADO DE CIRUELA /LAXACAPS POR PZA | 1 | 1 | | | |
| 1048 | MEDICAMENTO | SEVOFLUORANO LIQUIDO PRECIO POR ML | 1 | 1 | | | |
| 1049 | MEDICAMENTO | SINTRUM PLANTAGON TABLETAS | 1 | 1 | | | |
| 1050 | MEDICAMENTO | SOLUMEDROL FRASCO AMPULA DE 500ML G | 1 | 1 | | | |
| 1051 | MEDICAMENTO | SULFADINA DE PLATA TARRO DE 28 G. | 1 | 1 | | | |
| 1052 | MEDICAMENTO | SULFATO DE MAGNESIO MAGNEFUSIN (MAGNEFUSIN) | 1 | 1 | | | |
| 1053 | MEDICAMENTO | SUPLEMENTO ALIMENTICIO ENTEREX | 1 | 1 | | | |

| | | | | | | | | |
|------|-------------|--|---|----------|--|--|--|--|
| 1054 | MEDICAMENTO | SUTIRAL AMPOLLETAS CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | | |
| 1055 | MEDICAMENTO | TELMISARTAN TABLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1056 | MEDICAMENTO | TEMGESIC AMPULA 0.3 MG | 1 | 1 | | | | |
| 1057 | MEDICAMENTO | TEMGESIC AMPULA CAJA DE 6 AMPOLLETAS 0.3 MG | 1 | 1 | | | | |
| 1058 | MEDICAMENTO | TOXOIDE TETANICO CAJA CON AMPOLLETA | 1 | 1 | | | | |
| 1059 | MEDICAMENTO | TOXOIDE TETANICO CAJA CON 3 AMPOLLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1060 | MEDICAMENTO | TRADOL 100 /2ML AMPOLLETA | 1 | 1 | | | | |
| 1061 | MEDICAMENTO | TRADOL 100 /2ML CON 5 AMPOLLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1062 | MEDICAMENTO | TRADOL 50 MG/1ML AMPOLLETA | 1 | 1 | | | | |
| 1063 | MEDICAMENTO | TRADOL 50 MG/1ML CAJA CON 3 AMPOLLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1064 | MEDICAMENTO | TRAMADOL 50MG AMPOLLETA CAJA CON 3 AMPULAS | 1 | 1 | | | | |
| 1065 | MEDICAMENTO | TRIMEBUTINA DE AMPOLLETA CON 5ML | 1 | 1 | | | | |
| 1066 | MEDICAMENTO | TRIMEBUTINA DE 5 ML CAJA CON 6 AMPOLLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1067 | MEDICAMENTO | TRIMETROPIN CON SULFAMETAZOL TABLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1068 | MEDICAMENTO | TRIMEXAZOL SOLUCION INYECTABLE ampula 160 ML 800MG/3ML | 1 | 1 | | | | |
| 1069 | MEDICAMENTO | TRIMEXAZOL SOLUCION INYECTABLE CAJA CON 6 160 ML 800MG/3ML | 1 | 1 | | | | |
| 1070 | MEDICAMENTO | TRINERGOT GRAGEAS CAJA CON 20 TABLETAS | 1 | 1 | | | | |
| 1071 | MEDICAMENTO | VALUIM/ DIAZEPAM AMPULA DE 5 MG | 1 | 1 | | | | |
| 1072 | MEDICAMENTO | VERAPAMILO AMPULA DE 2ML | 1 | 1 | | | | |
| 1073 | MEDICAMENTO | VONTROL (AMPULA CAJA CON 3 AMPULAS) | 1 | 1 | | | | |
| 1074 | MEDICAMENTO | XILOCAINA SPRAY 10% FRASCO DE 115 ML | 1 | 1 | | | | |
| 1075 | MEDICAMENTO | XILOCAINA SPRAY 10% POR ML | 1 | 1 | | | | |
| | | | | SUBTOTAL | | | | |
| | | | | IVA | | | | |
| | | | | TOTAL | | | | |

ANEXO 43

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 26

**SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA
ZONAS DONDE SE LLEVARÁ EL SERVICIO**

| MUNICIPIO | KILÓMETROS | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|-----------------------|--------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| ACATLÁN DE OSORIO | 158 | 10 | 10 | | | | | |
| ATLIXCO | 35 | 20 | 30 | | | | | |
| CIUDAD SERDÁN | 115 | 10 | 10 | | | | | |
| CHIGNAHUAPAN | 111 | 10 | 10 | | | | | |
| CHOLULA | 33 | 10 | 10 | | | | | |
| HUAUCHINANGO | 172 | 40 | 100 | | | | | |
| HUEJOTZINGO | 48 | 10 | 10 | | | | | |
| IZÚCAR DE MATAMOROS | 71 | 40 | 90 | | | | | |
| SAN MARTÍN TEXMELUCAN | 53 | 20 | 40 | | | | | |
| TECAMACHALCO | 58 | 10 | 10 | | | | | |
| TEHUACAN | 132 | 80 | 200 | | | | | |
| TEPEACA | 36 | 10 | 10 | | | | | |
| TEZIUTLÁN | 160 | 50 | 110 | | | | | |
| TLATALUQUITEPEC | 132 | 10 | 10 | | | | | |
| XICOTEPEC DE JUÁREZ | 190 | 10 | 10 | | | | | |
| ZACAPOAXTLA | 137 | 10 | 10 | | | | | |
| ZACATLÁN | 127 | 40 | 100 | | | | | |
| CIUDAD DE PUEBLA | POR SERVICIO | 60 | 140 | | | | | |
| CIUDAD DE MEXICO | 160 | 10 | 10 | | | | | |
| | | | | SUBTOTAL | | | | |
| | | | | IVA | | | | |
| | | | | TOTAL | | | | |

ANEXO 44

PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PARTIDA 27

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EN TEHUACÁN

| NO. | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRECIO UNITARIO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÍNIMO | MULTIPLICACIÓN PRECIO UNITARIO POR CONSUMO PROMEDIO MÁXIMO | PRESUPUESTO MÍNIMO | PRESUPUESTO MÁXIMO |
|-----|------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|--|--------------------|--------------------|
| 1 | SERVICIO | 7 SESIONES DE REHABILITACIÓN | 140 | 360 | | | | | |
| | | | | | SUBTOTAL | | | | |
| | | | | | IVA | | | | |
| | | | | | TOTAL | | | | |

MODELO DE CONTRATO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ----- QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL **GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA** POR CONDUCTO DE LA **SECRETARIA** QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINADARA “**LA SECRETARIA**” -----, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR -----, EN SU CALIDAD DE ÁREA REQUERENTE Y A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “**EL CONTRATANTE**”, ASISTIDA POR -----; TODOS POR LA MISMA DEPENDENCIA; Y POR LA OTRA PARTE, LA PERSONA MORAL/FISICA DENOMINADA ----- ;REPRESENTADA LEGALMENTE EN ESTE ACTO POR -----, EN SU CARÁCTER DE -----, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “**EL PROVEEDOR**”, Y CUANDO ACTÚEN DE FORMA CONJUNTA SE LES DENOMINARA “**LAS PARTES**”, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

DECLARACIONES

I.- De “**LA SECRETARIA**”

I.1.- Que, es una Dependencia de la Administración Pública Centralizada del Poder Ejecutivo del Estado de Puebla, y está facultada para intervenir en el presente contrato, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 82 y 83, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla; 1, 3, 19, 31 fracción I y 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla.

I.2.- Que, el Coordinador General de Administración de la Secretaría de Gobernación tiene la facultad para suscribir el presente contrato de conformidad con lo dispuesto por los artículos 9, segundo párrafo, 13, 15, primer párrafo, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla; 1, 5, fracción VIII, 18 fracción VI, 73 fracción XVII del Reglamento Interior de la Secretaría General de Gobierno con base en el artículo Décimo Transitorio de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla en vigor, y Acuerdo Delegatorio de fecha dieciocho de febrero del año en curso, por el cual el Titular de ésta Secretaría, delega a los titulares de la Coordinación General de Administración y Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales la facultad de realizar los actos relativos a los procedimientos de adjudicación de contratos de adquisiciones, arrendamientos y prestación de servicios que requiera “**LA SECRETARÍA**”, de conformidad con el artículo Séptimo Transitorio de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla en vigor; asistido por el Coordinador General de Protección Civil en su calidad de área requirente, y la Directora de Recursos Materiales y Servicios Generales, en término de los artículos 5 fracciones VII, VIII.2, 18 fracción VI, 19 fracción XIII, 69 fracciones VII y 75 fracción IX, todos del citado Reglamento.

I.3.- Que la prestación del servicio (TIPO DE PROCEDIMIENTO), objeto del presente contrato se efectuó mediante (TIPO DE PROCEDIMIENTO), de fecha -----, de conformidad con lo establecido en los artículos (FUNDAMENTO CORRESPONDIENTE AL TIPO DE PROCEDIMIENTO) y demás aplicables de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

I.4.- Que cuenta con los recursos suficientes para cubrir las erogaciones que se deriven del presente contrato, de acuerdo al Oficio Núm. ----- que emite -----, con cargo a la llave presupuestal siguiente: -----.

I.5.- Que señala como domicilio legal, para los efectos legales correspondientes el ubicado en -----, Código Postal -----, Ciudad.

I.6.- Que, su Registro Federal de contribuyentes es-----

II.- De “EL PROVEEDOR”

II.1.- Que es una persona (FÍSICA/MORAL) misma que está constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, lo que se acredita con la póliza número -----, Libro --- del Registro Público de Comercio -----, otorgada ante la fe del Licenciado -----, Corredor Público número ---- de -----.

II.2.- Que es ----- de la persona moral denominada -----, que cuenta con la capacidad jurídica para contratar y obligarse a la ejecución y cumplimiento del objeto del presente contrato, constituida conforme -----, la cual acredita con la Escritura Pública Número ----- otorgado ante la fe del ----- Declarando bajo protesta de decir verdad que las facultades otorgadas por su representada, no le han sido modificadas, restringidas ni revocadas y se identifica en este momento con Credencial para Votar, expedida por el Instituto Nacional Electoral número ----- y clave de elector -----.

II.3.- Que dentro de su objeto social se encuentra la ----- Lo anterior de acuerdo a su Acta Constitutiva.

II.4.- Que, se encuentra inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes, bajo el número----

II.5.- Que, acredita tener solvencia económica, financiera y técnica, lo que permite cumplir con las obligaciones requeridas por “EL CONTRATANTE”, de acuerdo a la documentación que se adjunta al presente contrato.

II.6.- Que dispone de la organización, experiencia, personal capacitado y demás elementos técnicos, humanos y económicos necesarios para obligarse en términos del presente contrato.

II.7.- Que manifiesta bajo protesta de decir verdad, que no se encuentra en alguno de los supuestos que le impida suscribir el presente contrato, previstos en el artículo 77 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamiento que le impida contratar y manifiesta estar al corriente en sus obligaciones fiscales en los términos del artículo 24-E del Código fiscal del Estado de Puebla.

II.8.- Que se compromete a inscribirse/actualizarse al Padrón de Proveedores Municipal, de conformidad a lo establecido en el artículo 25 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

II.9.- Que señala como domicilio legal para los efectos correspondientes el ubicado en -----, C.P -----.

II.10.- Que declara bajo protesta de decir verdad que no desempeña empleo, cargo o comisión en el servicio público, o en su caso, que a pesar de desempeñarlo, con la formalización del contrato correspondiente no se actualiza un conflicto de interés.

III.- De “LAS PARTES”:

ÚNICO.- Que se reconocen la capacidad y personalidad jurídica con que se ostentan y con la cual se celebra este contrato, manifestando que no existe error, dolo, mala fe, ni cualquier otro vicio que afecte el consentimiento con que se celebra el mismo.

En mérito de lo anteriormente expuesto, “**LAS PARTES**” se someten a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.

“**EL PROVEEDOR**” a través del presente acto jurídico prestará a “**EL CONTRATANTE**”, el (SERVICIO CONTRATADO) solicitado por (NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD), conforme a las especificaciones técnicas establecidas dentro de las Bases de (PROCEDIMIENTO-----).

SEGUNDA.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y PRECIOS.

“**EL PROVEEDOR**” se obliga a prestar el servicio objeto del presente contrato de acuerdo a las especificaciones (BASES DEL PROCEDIMIENTO-----).

TERCERA.- LUGAR, PERIODO DE ENTREGA Y VIGENCIA.

“**EL PROVEEDOR**” se obliga a prestar a “**EL CONTRATANTE**”, el servicio objeto de este contrato, a partir del ----- y a concluirlo a más tardar el -----.

Asimismo “**EL PROVEEDOR**” se obliga a realizar la prestación del servicio en el inmueble ubicado en -----.

CUARTA.- DEL IMPORTE MÍNIMO Y MÁXIMO.

“**LAS PARTES**” convienen que el importe por la prestación del servicio (DESCRIBIR SERVICIO), objeto del presente contrato, es fijo y es por un monto mínimo de \$-----.-- (----- --/100 M.N.) y un monto máximo \$-----.-- (----- --/100 M.N.) más el Impuesto al Valor Agregado por la cantidad de \$-----.-- (----- --/100 M.N.).

QUINTA.- DE LA FORMA DE PAGO.

“**LAS PARTES**” en este acto convienen que el pago por la prestación del servicio objeto del presente contrato, se efectuará de la siguiente forma:

- I. La forma de pago se realizará en una sola exhibición dentro de los 30 días naturales posteriores a la entrega de la factura, contra entrega de la prestación del servicio, a entera satisfacción de **“EL CONTRATANTE”**; la factura deberá cubrir con los requisitos de los artículos 29 y 29 A del Código Fiscal de la Federación. **“EL PROVEEDOR”** deberá contar con facturación electrónica;
- II. **“EL PROVEEDOR”** realizará el pago del derecho del CINCO AL MILLAR, por los pagos que se generen con motivo de la prestación del servicio, objeto del presente instrumento, lo anterior de conformidad a la Ley de Ingresos del Estado de Puebla para el ejercicio fiscal vigente;
- III.- El pago descrito en el Punto I de la presente Cláusula, se efectuara a **“EL PROVEEDOR”** por medio de transferencia de recursos a la cuenta y CLABE que para tal efecto éste le indique a **“EL CONTRATANTE”** o bien mediante cheque, a juicio de este último previa presentación de la factura respectiva, siempre que se hayan realizado la prestación del servicio objeto del presente a entera satisfacción de **“EL CONTRATANTE”**; dicha factura deberá cumplir con los requisitos legales y aplicables;

SEXTA.- DE LOS PAGOS EN EXCESO.

“LAS PARTES” convienen que no habrá incremento en la cantidad por concepto de pago de la prestación del servicio materia del presente contrato, sobre los costos fijos del mismo a que hace referencia la Cláusula Cuarta.

Tratándose de pagos en exceso que haya recibido **“EL PROVEEDOR”**, éste se obliga a reintegrarlos, más los intereses generados, mismos que se computarán por días naturales desde la fecha del pago en exceso, hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de **“EL CONTRATANTE”**.

SÉPTIMA.- DE LAS OBLIGACIONES DE “EL PROVEEDOR”.

Para el cumplimiento del objeto del presente contrato, **“EL PROVEEDOR”** se obliga a:

- I. Prestar para **“EL CONTRATANTE”** los servicios materia del presente contrato, en términos de la Cláusula Segunda y de acuerdo a las especificaciones técnicas descritas en la Cláusula Tercera del presente contrato;
- II. Asimismo **“EL PROVEEDOR”** se compromete a lo siguiente:
 - a) Realizar la prestación del servicio en el lugar señalado por la contratante;
 - b) Garantizar los vicios ocultos, si los hubiera, durante la vigencia de la garantía;
 - c) Responder por los daños parciales o totales que su personal, los equipos o el material empleados por éste, cause a los bienes propiedad de **“EL CONTRATANTE”**, servidores públicos y a terceros;

- III. Adoptar las medidas de seguridad necesarias con relación a la prestación del servicio objeto del presente contrato;
- IV. Mantener la prestación del servicio objeto del presente contrato en forma confidencial;
- V. Responder por los daños y perjuicios que por incumplimiento o negligencia de su parte se lleguen a causar a **“EL CONTRATANTE”** o a terceros;
- VI. Responsabilizarse de la honradez, buena conducta, eficiencia y absoluta discreción del personal que utilice para la prestación del servicio objeto del presente contrato;
- VII. Entregar a **“EL CONTRATANTE”** la garantía de cumplimiento por la prestación del servicio objeto del presente contrato;
- VIII. Proporcionar el número de cuenta y CLABE a **“EL CONTRATANTE”** para el pago oportuno por la prestación del servicio del presente contrato;
- IX. Comunicar por escrito oportunamente a **“EL CONTRATANTE”** cualquier cambio de domicilio fiscal;
- X. Cumplir con las demás obligaciones establecidas en el presente Contrato, las que deriven de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, así como las demás disposiciones legales, técnicas, reglamentarias y administrativas que resulten aplicables en la realización del objeto contratado.

OCTAVA.- DE LAS OBLIGACIONES DE **“EL CONTRATANTE”**.

Para el cumplimiento del objeto del presente contrato **“EL CONTRATANTE”** se obliga a:

- I. Pagar a **“EL PROVEEDOR”**, la cantidad fijada en la Cláusula Cuarta por concepto de pago, en los términos previstos en la Cláusula Quinta, ambas del presente Instrumento;
- II. Aplicar las sanciones correspondientes en caso de atraso o incumplimiento sin justificación alguna, que marca la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal;
- III. Dar seguimiento al cumplimiento del objeto del presente contrato por conducto de la Unidad Responsable;
y
- IV. Las demás que deriven del presente contrato.

NOVENA.- DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO Y POSIBLES VICIOS OCULTOS.- De conformidad con lo dispuesto por el artículo 126 fracción III de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Estatual y Municipal, **“EL PROVEEDOR”** se obliga a constituir Fianza expedida por Afianzadora debidamente constituida en términos de la Ley Federal de Instituciones de Seguros y Fianzas, para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato, la cual deberá ser a favor de **LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA**, por un importe equivalente al -----% DEL MONTO MÁXIMO del presente contrato con I.V.A. incluido, para garantizar el fiel y exacto cumplimiento y la indemnización por vicios ocultos de las obligaciones consignadas en el presente instrumento y en la que además se especifique:

- Número de Contrato.
- Fecha del Contrato.
- Monto máximo del Contrato.
- Fecha de expedición y vigencia de la póliza, la cual deberá permanecer vigente durante la substanciación de todos los recursos legales o juicios que se interpongan y hasta que se dicte resolución definitiva por autoridad competente.
- Monto de la fianza.
- Señalar con precisión las obligaciones garantizadas.
- Que la afianzadora se obliga a seguir garantizando aún en el caso de que se otorguen prórrogas o esperas.
- Que se somete al procedimiento de ejecución que se establece en los Artículos 178, 279, 282, 283 y 289 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, en el supuesto de hacerse exigibles las garantías.

“EL PROVEEDOR” queda obligado a presentar a **“LA SECRETARÍA”**, la garantía de cumplimiento del contrato, a más tardar dentro de los cinco días naturales siguientes a que se firme el presente instrumento.

Estableciendo **“LAS PARTES”** que en caso de que el proveedor no exhiba la garantía, establecida en líneas que anteceden, será motivo de rescisión administrativa de manera unilateral de este Contrato, sin responsabilidad para **“LA SECRETARÍA”** de ningún tipo de prestación o de derecho.

En caso de que **“LA SECRETARÍA”**, decida modificar el contrato, de conformidad con el artículo 112 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, **“EL PROVEEDOR”** se obliga a garantizar dicha modificación en los términos señalados en el instrumento respectivo.

DÉCIMA.- DE LA CESIÓN DE DERECHOS.

“EL PROVEEDOR” no podrá conferir, ceder, ni transmitir los derechos y obligaciones que a su cargo se deriven del presente contrato, en forma parcial ni total, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso deberá contar con el consentimiento por escrito de **“EL CONTRATANTE”**.

DÉCIMA PRIMERA.- DE LAS RELACIONES LABORALES.

“EL PROVEEDOR” conviene y acepta que en atención al origen del presente contrato, no se establecen o derivan del mismo, en ningún caso, relaciones laborales; asimismo, el personal empleado por **“EL PROVEEDOR”**, para el cumplimiento del objeto de este contrato, se entenderá relacionado exclusivamente con él, por ende **“EL PROVEEDOR”** asumirá la responsabilidad por este concepto de acuerdo a las disposiciones legales en materia del

trabajo y seguridad social, en ningún caso **“EL CONTRATANTE”** será considerado como empleador solidario o sustituto.

DÉCIMA SEGUNDA.- DE LA RESPONSABILIDAD DE “EL PROVEEDOR”.

“EL PROVEEDOR” se obliga a prestar el servicio objeto de este contrato a satisfacción de **“EL CONTRATANTE”** así como responder por cuenta y riesgo del retardo o deficiencia en la prestación del mismo así como de los daños y perjuicios que por incumplimiento o negligencia de su parte se lleguen a causar a **“EL CONTRATANTE”**, o a terceros.

DÉCIMA TERCERA.- DE LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.

“EL CONTRATANTE” podrá rescindir el presente contrato administrativamente de pleno derecho, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 122 en relación con los diversos 123 y 125 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, sin necesidad de declaración judicial y sin responsabilidad para éste, cuando concurren los siguientes casos:

- I. Si **“EL PROVEEDOR”** no inicia la prestación del servicio objeto del presente contrato en la fecha pactada;
- II. Si **“EL PROVEEDOR”**, no presta el servicio objeto de este contrato en las especificaciones técnicas, condiciones, términos y características pactados en el mismo;
- III. Si **“EL PROVEEDOR”** suspende injustificadamente la prestación del servicio objeto del presente contrato;
- IV. Si **“EL PROVEEDOR”** no otorga a **“EL CONTRATANTE”** los informes que éste le requiera con relación a la prestación del servicio contratado;
- V. Si **“EL PROVEEDOR”** es declarado sujeto a concurso mercantil o en estado de quiebra; y
- VI. En caso de incumplimiento de **“EL PROVEEDOR”** a cualquiera de las obligaciones derivadas del presente contrato.

“EL CONTRATANTE” podrá optar entre demandar el cumplimiento del contrato, o bien, declarar la rescisión administrativa del mismo; asimismo, **“EL PROVEEDOR”** conviene en pagar los daños y perjuicios a que hubiere lugar.

En el caso de que sea **“EL PROVEEDOR”** quien pretenda dar por rescindido este contrato por causas de incumplimiento imputables a **“EL CONTRATANTE”**, deberá obtener declaración judicial favorable, siendo requisito indispensable agotar previamente el procedimiento de conciliación establecido en el artículo 147 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

DÉCIMA CUARTA.- DE LAS PENAS CONVENCIONALES.

“**EL CONTRATANTE**” tendrá la facultad de verificar el cumplimiento por parte de “**EL PROVEEDOR**” de sus obligaciones adquiridas al amparo de este contrato, en los términos acordados; “**EL CONTRATANTE**” podrá optar por aplicar penas convencionales de acuerdo a lo previsto por el artículo 110 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, en caso de determinar que existen los siguientes eventos:

- I. Cuando “**EL PROVEEDOR**” se atrase en la prestación del servicio objeto del presente contrato; y
- II. Cuando “**EL PROVEEDOR**” preste el servicio con diferentes características o términos a lo pactado;

“**LAS PARTES**” convienen y aceptan en fijar como pena convencional, para cualquiera de los eventos de incumplimiento, la cantidad correspondiente al 1% (uno por ciento) sobre el monto total de la prestación del servicio objeto del presente contrato, no entregado a tiempo o bien entregado con características y términos distintos a lo pactado, cuantificando la pena por cada día natural hasta la entrega a entera satisfacción de “**EL CONTRATANTE**”; asimismo en caso de que la aplicación sume el 10% (diez por ciento) del MONTO MÁXIMO del contrato “**EL CONTRATANTE**” podrá rescindirlo. Tratándose del supuesto previsto en la fracción II de la presente Cláusula, “**EL PROVEEDOR**” además deberá sustituir el servicio conforme a las características contratadas.

Esta Cláusula se aplicará independientemente de las sanciones a que haya lugar en términos de los artículos 135, 136 fracciones III y IV, 137, 138 y 142 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

DÉCIMA QUINTA.- DE LA SUSPENSIÓN.

“**EL CONTRATANTE**” podrá suspender total o parcialmente y en forma temporal la vigencia del presente contrato, en términos de lo previsto por el artículo 121 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, cuando exista causa justificada, debiendo hacerlo del conocimiento por escrito de “**EL PROVEEDOR**”, una vez que se haya definido la suspensión, la vigencia no podrá ser modificada ni prorrogada por tiempo indefinido.

DÉCIMA SEXTA.- DE LA TERMINACIÓN ANTICIPADA.

“**EL CONTRATANTE**”, podrá terminar en forma anticipada el presente contrato, de acuerdo con el artículo 124 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, en los siguientes casos:

- I. Cuando concurren razones de interés general;
- II. En caso de existir causas justificadas, que extingan la necesidad de requerir la prestación del servicio originalmente contratado o hagan imposible la continuación de la vigencia del mismo, y se demuestre que en caso contrario, se causaría un daño o perjuicio grave al Estado; y

- III. Cuando no sea posible determinar la temporalidad de la suspensión a que se refiere la Cláusula anterior.

DÉCIMA SÉPTIMA.- DE LA CONFIDENCIALIDAD.

“**EL CONTRATANTE**” pondrá a disposición de “**EL PROVEEDOR**”, la documentación e información necesaria que sea considerada confidencial para el debido cumplimiento de la prestación del servicio objeto de este contrato, por lo que “**EL PROVEEDOR**”, se obliga a no divulgarla, bajo pena de responder de los daños y perjuicios que le pudiera ocasionar a “**EL CONTRATANTE**”, con independencia de las sanciones civiles o penales en las que “**EL PROVEEDOR**”, o cualquiera de sus funcionarios, empleados o agentes pudiera incurrir.

Para estos efectos se considerará como información confidencial, toda aquella documentación e información de carácter industrial, comercial, operativa, contable, legal, financiera, corporativa, de mercadotecnia, de ventas, métodos, procesos, formas de distribución, comercialización, formulas, técnicas, productos, maquinarias, mejoras, diseños, descubrimientos, estudios, compilaciones, programas de software, hardware, folletos, gráficas, o cualquier otro tipo de información, propiedad de “**EL CONTRATANTE**” a la que tenga acceso “**EL PROVEEDOR**”, misma que podrá constar en documentos, fórmulas, cintas magnéticas, documentos impresos, medios electrónicos de cualquier tipo, programas de computadora, diskettes, discos magnéticos, películas o cualquier otro material o instrumentos similares que retengan información técnica, financiera, de mercadotecnia, de análisis, compilaciones, estudios, gráficas, información contable, legal o de cualquier otro tipo.

DÉCIMA OCTAVA.- DE LAS MODIFICACIONES.

Las modificaciones que en su caso “**LAS PARTES**” acuerden, se realizarán en términos de lo previsto por la Sección Dos “Modificaciones a los Contratos”, del Capítulo I “De los Contratos”, del Título Quinto “Contratación” de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal.

DÉCIMA NOVENA.- DE LA VIGENCIA.

El presente contrato entrará en vigor a partir de la fecha de su suscripción, y concluirá al 31 de diciembre de 2020.

VIGÉSIMA.- DE LA LEGISLACIÓN APLICABLE.

“**LAS PARTES**” se obligan a sujetarse estrictamente para la ejecución del presente contrato, a todas y cada una de las cláusulas que lo integran, así como a los términos, lineamientos, procedimientos y requisitos que establecen la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, Ley de Egresos del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

VIGÉSIMA PRIMERA.- DE LA JURISDICCIÓN Y TRIBUNALES COMPETENTES.

Para la interpretación y cumplimiento del presente contrato, **“LAS PARTES”** se someten expresamente a la jurisdicción y competencia de los Tribunales del Distrito Judicial de Puebla, por lo tanto renuncian al fuero y jurisdicción que pudiera corresponderles en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

Leído el presente contrato y enteradas **“LAS PARTES”** de su contenido, lo firman por triplicado el -----, en la Heroica Puebla de Zaragoza.

“EL CONTRATANTE”

UNIDAD RESPONSABLE”

NOMBRE
(CARGO)

NOMBRE
(CARGO)

“ASISTE”

“EL PROVEEDOR”

NOMBRE
(CARGO)

NOMBRE
(CARGO)

LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN, CORRESPONDEN AL CONTRATO DE ----- CELEBRADO POR ----- Y -----, EL ----DE ----- DEL 2020.